

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Ilha Redonda,
Macapá/AP**

João Antônio Cordovil Couto Ribeiro

Pelotas, 2015

João Antônio Cordovil Couto Ribeiro

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Ilha Redonda,
Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Marcos Fábio Turra

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R484m Ribeiro, João Antonio Cordovil Couto

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Ilha Redonda, Macapá/AP / João Antonio Cordovil Couto Ribeiro; Marcos Fábio Turra, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

130 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Turra, Marcos Fábio, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradeço ao meu orientador Marcos Fábio Turra, que teve paciência e que me ajudou a concluir este trabalho. Agradeço também aos meus pais, irmã, amigos e colegas que durante muito tempo me ensinaram e mostraram o quanto estudar é bom e todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A Universidade Federal de Pelotas, pela oportunidade de fazer o curso.

Ao meu orientador, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha irmã Niara Carolina que sempre me fez entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente!

Aos meus amigos e colegas e todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

RIBEIRO, João Antônio Cordovil Couto. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Ilha Redonda, Macapá/AP**. 2015. 129f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento ativo e saudável é um dos grandes objetivos da atenção básica. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. Criada há sete anos, a unidade da Ilha Redonda conta com uma única equipe de ESF atuando em sete micros áreas adstritas. O território abrange uma população adstrita estimada em 1.100 pessoas. O local é situado em região rural. O presente estudo teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS Ilha Redonda, Macapá/AP. Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas. Participaram da intervenção 50 pessoas com mais de 60 anos moradoras da área de abrangência da unidade de saúde, que também corresponde à população total de idosos moradores da área adstrita, segundo cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) durante a intervenção. Ao iniciar os trabalhos, o total de pessoas com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na área e acompanhados na UBS já correspondia aos 50 idosos da área, com a intervenção alcançamos 100% de cobertura. Optou-se por esta ação programática para melhorar alguns indicadores de qualidade deficientes e para que os ACS fizessem um cadastramento de todos os idosos moradores da área. Ao iniciar a intervenção, foi cadastrado na planilha apenas o usuário idoso atendido durante a intervenção. Sendo assim, no primeiro mês foram cadastrados 27 idosos (54%), no segundo mês 48 (96%), no terceiro mês 50 idosos (100%). Podemos perceber que a proporção dos usuários cadastrados no Programa foi aumentando progressivamente no transcurso da intervenção, atingindo 100% da meta proposta. Com a intervenção, foi melhorada os exames clínicos, os rastreamentos para hipertensão arterial e diabetes, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação de necessidades de atendimento odontológico, melhora nos registros, entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação de fragilização na velhice e da rede social e orientações para adotar hábitos saudáveis. Enfim, o trabalho desenvolvido pela equipe da unidade de saúde gerou melhorias na forma de atendimento e na qualidade de vida dos idosos da comunidade adstrita à unidade, promovendo um cuidado integral, digno e humanizado.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Doenças Crônicas.

Abstract

CORDOVIL, João Antônio Couto Ribeiro. **Improvement of Health Care of the Elderly in UBS Ilha Redonda, Macapa/AP**. 2015. 129f. Work Completion of course (Specialization Course in Family Health) - Department of Social Medicine, School of Medicine, Federal University of Pelotas, Pelotas, year 2015.

Active and healthy aging is the major goal in the primary attention. If we consider health in a broad way it becomes necessary any change in the current context towards producing a more favorable social and cultural environment for the elderly. At work the teams of Primary Care / Family Health, collective action in the community, the group activities, the participation of social networking users are some of the necessary resources to work in the cultural and social dimensions. Established seven years ago, the unit of Ilha Redonda has a unique team of ESF acting micros in seven target areas. The territory covers an estimated population of 1,100 people assisted. The site is located in a rural area. This study aims to improve the health care of older people in UBS Round Island, Macapa/AP. This project is structured to be developed in the 12-week period in the Family Health Unit (USF) Round Island, in the city of Macapa/AP. Participate in the intervention 50 people over the age of 60 residents of an area linked to the health facility. My unit has a total population of the enrolled area of 1,100 inhabitants, 50 of them are elderly, according to registration conducted by CHWs during the procedure. When starting the intervention, the total of elderly aged 60 or more living in the area and followed up in the area and followed at UBS was 50 seniors, representing 100% coverage of registered elderly residents of the registered area covered by the ACS. As mentioned earlier in this volume, even with 100% coverage, we opted for the work with the group of older people to improve some quality indicators and for ACS they made a spreadsheet of all the elderly residents of the area. When starting the intervention, it was decided to register in the spreadsheet just the elderly user serviced during the procedure. Thus, in the first month they were registered 27 of the elderly (54%), in the second month 48 of the elderly (96%), in the third month 50 elderly (100 %). The time of intervention was reduced from four to three months, due to the need for course adjustments. Therefore, all amounts were recorded until the month 3. We can see that the proportion of registered users in the program has increased steadily in the course of the intervention, reaching 100% of target proposal.

Keywords: Primary health care; Family health; Systemic Arterial Hypertension; Diabetes Mellitus; Chronic diseases.

Lista de Figuras

Figura 1	Equipe em deslocamento para atendimento	91
Figura 2	Visita domiciliar	91
Figura 3	Unidade de Saúde	92
Figura 4	Atendimento médico	92
Figura 5	Usuários na Unidade Básica de Saúde	93
Figura 6	Usuários sendo atendidos pela equipe	93
Figura 7	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.	95
Figura 8	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP	97
Figura 9	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	98
Figura 10	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.	100
Figura 11	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.	101
Figura 12	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.	103
Figura 13	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	104
Figura 14	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	105
Figura 15	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	106
Figura 16	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.	113

Figura 17 Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com 114
solicitação de exames complementares periódicos em dia na
Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.

Figura 18 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP. 115

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial
HGT	Testes de Glicose
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio a saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
SIAB	Sistema de informação de Atenção Básica.
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	17
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	31
2 Análise Estratégica	33
2.1 Justificativa.....	33
2.2 Objetivos e metas.....	36
2.2.1 Objetivo geral.....	36
2.2.2 Objetivos específicos e metas	36
2.3 Metodologia.....	37
2.3.1 Detalhamento das ações	37
2.3.2 Indicadores	76
2.3.3 Logística.....	81
2.3.4 Cronograma	85
3 Relatório da Intervenção.....	87
4 Avaliação da intervenção.....	94
4.1 Resultados	94
4.2 Discussão.....	108
5 Relatório da intervenção para gestores	112
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	118
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	120
Referências	122
Anexos	125

Apresentação

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado às pessoas idosas pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda, no município de Macapá/Ap. Teve início das atividades da especialização no dia 18 de Julho de 2014 e término em outubro de 2015, sendo a intervenção realizada em três meses, entre junho e agosto de 2015.

Ele está estruturado em 7 capítulos, sendo eles: **Análise Situacional**, onde descreve a situação da Estratégia de Saúde da Família, funcionamento, profissionais que fazem parte da equipe, população adstrita. **Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**, que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatros eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção. **Relatório da Intervenção** que contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra. **Avaliação da Intervenção** que contempla os resultados, a discussão, relatório para o gestor e relatório para a comunidade. **Relatório da intervenção par os Gestores**, em que é apresentado a intervenção, mostrado os resultados, e comentado sobre facilidades e dificuldades encontradas ao longo do trabalho. **Relatório da intervenção para a comunidade**, em que é apresentado, com linguagem adequada, a intervenção para a comunidade e mostrado as melhorias que foram alcançadas com as ações executadas. **Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizado**, contempla uma análise dos resultados para o crescimento profissional, proporção de satisfação, angústias e ansiedades avaliando o ensino aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Ilha Redonda, na qual presto serviço por estar vinculado ao Programa Mais Médicos (PMM), está localizada na BR 156 Km 10, bairro Lagoa Azul (zona rural) há 20km de Macapá/Amapá. Os atendimentos são prestados e os usuários ficam agradecidos pelo empenho dos profissionais para promover saúde a todos.

Quando iniciamos o trabalho na UBS, percebemos certa resistência motivada pela ausência de médico anteriormente na UBS, então, realizamos uma busca de casa em casa para informar que na comunidade havia um médico na equipe. Dessa forma, iniciamos um trabalho intensivo para fazer com que os usuários compreendessem as necessidades do retorno à UBS, já que agora a equipe está completa.

Observando o histórico que apresentava a relação comunidade e UBS, desenvolvemos os nossos trabalhos de forma profissional para garantir que os cuidados médicos cheguem ao paciente de forma que ele compreenda todos os procedimentos e importância dos cuidados que o mesmo deve proceder para a melhoria do seu estado de saúde, assim como esclarecer que o seu retorno é de real importância para a eficácia do seu tratamento, além disso, desenvolvemos na comunidade tanto internamente como nas escolas palestras com caráter de orientação com temas referentes ao autocuidado, situações de risco ou patologias que afetam essa área considerando as sazonalidades.

Ainda que observemos os diferentes tipos de patologias, cabe ressaltar as gestantes, porque estas não vêm fazendo o acompanhamento pré-natal desde o início da gestação, sendo que isto ocasiona complicações, gerando riscos para mãe

e feto, e como profissionais, já foi averiguado que na realidade o intuito pelo qual elas procuram a unidade local é pelo carnê perinatal que é o mesmo documento pelo qual lhes dará acesso à maternidade na capital.

Além dessas dificuldades a comunidade é carente e os medicamentos em estoque na farmácia não atendem às necessidades e as demandas dos usuários. Outra questão é a falta de equipamentos básicos para exercer a triagem, tais como: esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, rinoscópio, otoscópio, oftalmoscópio, sonar, termômetro, geladeira em condições para as vacinas, entre outros que são essenciais para este atendimento.

Não existe conselho local de saúde; não há atividades com grupos de usuários na comunidade; a população não teve nenhuma influência no estabelecimento das estratégias de agendamento utilizadas pela UBS na marcação de nenhum tipo de consulta, nem com excesso de demanda; não existe nenhum grupo dedicado ao planejamento, gestão e coordenação das ações de saúde. Nem dedicado ao monitoramento das ações de saúde.

É observado a falta de comunicação e colaboração de uma forma integrada no grupo de trabalho, fato este que é refletido no resultado do trabalho, já que alguns retornos não estão acontecendo, a triagem por falta de equipamento não ocorre de forma eficaz, a questão de segurança predial tem que ser observada já que na UBS há vulnerabilidade.

Dentro dos recursos disponíveis, os trabalhos vêm sido desenvolvidos com limitações, e as pessoas necessitam destes recursos citados no decorrer do texto para o melhor diagnóstico e tratamento das patologias da saúde coletiva.

Partindo da conjuntura apresentada acima, acredito que como forma de resolução dos problemas relacionados à comunicação, devemos lançar mão de estratégias de interação grupal, como por exemplo: Discussão de casos clínicos que estão dentro do contexto da comunidade de atuação da equipe.

Em relação à falta de materiais de consumo, foi realizada a solicitação por meio de ofícios, encaminhados a Secretaria de Saúde, onde até o presente momento não obtivemos retorno.

Percebemos que a governabilidade em alguns momentos esbarra em questões político, administrativas que impedem a resolução de problemas dentro do contexto da saúde, porém poderíamos sugerir a um líder da comunidade a formação de uma comissão para solicitar à gestão a criação de um conselho local de saúde.

A estrutura física da UBS é composta por: recepção, consultório, sala de vacinação e curativo, banheiro e cozinha. É uma UBS pequena e simples com uma demanda razoável de atendimentos, embora faltem algumas salas como: sala odontológica, NASF, direção e secretária, área de serviços, almoxarifado, sala de reuniões e palestras, e tão pouco contamos com sala de nebulizações que é de suma importância devido ao clima equatorial da região que propicia muitas patologias respiratórias.

Outra necessidade é quanto à ausência de laboratório na UBS, pois como se trata de uma comunidade carente e distante da capital, os mesmos usuários não retornam a consulta, devido a que não conseguem realizar os exames na rede pública e por não contar com recursos para realizá-los, além de não ter consultório com banheiro; nem sanitários para funcionários; não há sala de lavagem de material; não há sala de esterilização; não há expurgo; os pisos das diversas salas da UBS não regulares, estáveis e antiderrapantes; não há telas mosquiteiras, torneiras com acionamento sem uso das mãos; não há sinalização dos diversos ambientes; não há revisão da calibragem de esfigmomanômetro nem de balanças e não é adequando para acesso de portadores de necessidades especiais, pois tão pouco há banheiro para cadeirantes, dificultando o trabalho.

Referente à imunização, percebe-se um descaso por não ter uma geladeira adequada para o condicionamento das vacinas, resultando uma possível epidemia da comunidade por ausência das mesmas, sendo que só está havendo vacinação em período de campanha ou em ações sociais, porque estão sendo buscadas em outra unidade, e não posso afirmar se os adultos da comunidade estão realizando as suas vacinas em dia, porém consigo perceber pelo carnê de vacinação das crianças nas consultas de puericultura que estão em dia.

Outro fator relevante quanto à estrutura predial é a questão da segurança e manutenção, pois a vulnerabilidade do prédio é um fator importantíssimo, ainda que esteja sediado dentro da comunidade por não haver recursos financeiros que incentivem a manutenção, facilitando o furto dos equipamentos e materiais do posto como, por exemplo, a bomba de água há um mês aproximadamente, então consequentemente a falta de água persiste na unidade.

Sobre este fato, o procedimento tomado foi encaminhar a Secretaria de Saúde um Ofício citando o ocorrido e como retorno tivemos através de documento que o gestor da unidade deveria se responsabilizar pela nova bomba de água que

seria encaminhada, situação essa que não foi aceita, justificada pela falta de segurança do prédio, sendo que os furtos poderiam continuar persistindo, e o responsável pelo ressarcimento do objeto seria quem recebeu o referido documento.

Também foi informado a Secretária através de Ofício que o prédio é tomado por insetos e morcegos e como resposta referente aos morcegos não tem como dedetizar ou tomar alguma medida com manutenção, por serem mamíferos protegidos por lei Federal, sendo que o mais complicado é o fato de que esse mamífero produz doenças e estão espalhados por toda a unidade, ainda que todo dia seja feita a higienização do local, e quanto aos insetos não houve resposta.

Os agentes comunitários de saúde não tem um local adequado para as reuniões e planejamento de atividades diárias. Apesar das poucas salas, trabalhamos todos para atender as necessidades dos nossos usuários.

Opino que a Secretaria poderia nos ajudar a resolver as carências da UBS, ampliando e fazendo novas salas para melhorar o atendimento, e assim dar mais saúde para todos, porém percebemos barreiras administrativas e políticas que impossibilitam a resolução dos problemas já citados dentro do contexto de saúde, entretanto podemos fazer um relatório preciso e conciso com todas as necessidades já citadas para ser entregue à Gestão, e mobilizar líderes da comunidade para que também saibam do que precisa ser feito e solicitem ao gestor.

Opino que em relação aos equipamentos e instrumentais necessários para o trabalho, temos identificado pouca disponibilidade de alguns equipamentos e instrumentos de uso geral, por exemplos: alguns dos quais podem afetar a qualidade de atenção e que não temos suficientes como: antropômetros para criança, o que dificulta realizar uma avaliação do desenvolvimento de uma criança e estabelecer uma boa avaliação nutricional, o mesmo acontece com a balança infantil, a qual não tem bom sistema de calibragem e não contamos no consultório com este equipamento.

A equipe de saúde faz a triagem antes de iniciar a minha consulta com toda a qualidade requerida. Opino que a sala de triagem é importante, mas em todos os consultórios devem ficar estes equipamentos para melhorar o exame físico e uma boa relação médico-paciente, também identificamos que na nossa UBS não temos disponibilidade suficiente de: cabo de bisturi, estetoscópio de pinard e nem de estetoscópio de sonar, o único que há, é do médico quem afere a pressão arterial dos usuários, além disso, não contamos com glicosímetro, estufa, pinça de sutura,

nem maca para o exame clínico, como abordei anteriormente a maca que há é ginecológica onde atendemos a todos os usuários.

É de extrema importância para fazer uma consulta de qualidade, ter oftalmoscópio e otoscópio, que ainda não temos igual ao sistema de reposição e manutenção de equipamentos, instrumentos e mobiliários, porque é de grande necessidade o sistema para calibragem de esfigmomanômetro, já que na nossa comunidade há usuários hipertensos.

Em relação aos equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática, ainda não temos a disponibilidades de conexão com internet como em outras UBS do sudeste, sul e centro do Brasil, também não contamos com telefone fixo na unidade, caixa de som, câmera fotográfica, filmadora, gravador de som, projetor de slides, não temos prontuário eletrônico e tampouco livros em nossa UBS, nem todos os protocolos, temos disponível apenas os manuais referentes ao programas de: Tuberculose, Hanseníase, Dengue e Doenças de Transmissão Sexual.

As dificuldades acima citadas não interferem na promoção de um atendimento de qualidade aos nossos usuários, todavia estabelecemos prioridades de acordo com nossa governabilidade.

Como forma de resolução ou diminuição de algumas dificuldades como a falta de equipamentos, instrumentais, e material bibliográfico, cada componente da equipe de saúde lança mão de equipamentos pessoais, o que facilita o andamento dos atendimentos, contudo, ratifico a importância de que cada unidade tenha o seu material disponível para uso profissional.

Acreditamos que se a comunidade contasse com Conselho Municipal de Saúde, este seria sem dúvida um local idôneo para discutir sobre as necessidades que precisam ser melhoradas, já que os Conselhos Municipais de Saúde são de extrema importância para pressionar a Prefeitura a trazer as melhorias adequadas para a população.

Apesar de todas essas dificuldades minha equipe é muita boa e unida, fazemos o que estiver ao alcance para atender aos usuários com amor e atenção que merecem, por isso eles ficam muito agradecidos.

A equipe é composta por: um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitário de saúde. Sinto-me muito contente pelo

trabalho da equipe com a população, nós fazemos atendimentos agendados e de urgência e ações na comunidade.

Além de realizarmos visitas domiciliares, duas vezes por semana aos indivíduos: acamados, com doenças crônicas, grávidas, puérperas e crianças, ainda é importante destacar as atividades que são realizadas na Escola Estadual General Carrombert Pereira da Costa, onde fazemos palestras e outras ações.

A equipe trabalha através de um cronograma mensal, no qual são distribuídas as atividades por dia na semana subsequente, atendemos cinco áreas de nosso bairro, sendo que as Agentes Comunitários de saúde (ACS) são distribuídas por área, cada uma é responsável pela sua, cadastrando e marcando consultas na UBS, nosso horário de atendimento é das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 horas da tarde, desde segunda-feira até quinta-feira.

São realizadas reuniões a cada mês para marcar as atividades. Vamos continuar trabalhando cada dia com mais vontade e mais amor para que a população continue ainda mais satisfeita, prevenindo a aparição e o risco das doenças que acometem a população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município brasileiro, capital e maior cidade do Estado do Amapá. Situa-se no Norte do Estado e é a única capital estadual que não possui interligação por rodovia a outras capitais. Além disso, é a única cortada pela linha do Equador e que é localizada às margens do Rio Amazonas. Macapá pertence à mesorregião do Sul do Amapá e a microrregião homônima. É localizada no extremo norte do país, a 1.791 quilômetros de Brasília.

Macapá, atualmente, conta com 59 bairros oficiais e cerca de seis conjuntos habitacionais. Segundo dados da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O bairro mais populoso do município é o Buritizal (Zona Sul) com 25.651 habitantes, seguido do Novo Horizonte (Zona Norte) com 24.360 moradores. Dentre os quinze bairros mais populosos da capital, cinco estão na Zona Norte da cidade, oito na Zona Sul e dois na Zona Central. A cidade possui cinco bairros que são banhados pelo Rio Amazonas: Cidade Nova, Centro, Perpétuo Socorro, Santa Inês e Araxá. O menor bairro da cidade é o Boné Azul, localizado na Zona Norte.

Em relação ao município temos 437.883 habitantes que são atendidos em 20 unidades de saúde todas tradicionais e com equipes de saúde, neste momento o município conta com uma cobertura de 54,79%, depois da complementação do quarto ciclo do Programa Mais Médicos. Conta-se com 82 equipes de saúde, sendo 68 urbanas e 14 rurais, ainda existe uma disposição de 08 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e todas são ESF, porém não tem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), caso seja necessário, encaminha-se os clientes para o CEO do Estado de Amapá, localizado na Av. Duque de Caxias em Macapá. Não se dispõe de serviços hospitalares no município, entretanto encaminham-se os usuários para o Hospital de Emergência Pronto Socorro localizado na Rua Hamilton Silva.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Ilha Redonda, na qual presto serviço por estar vinculado ao Programa Mais Médicos (PMM), está localizada na BR 156 Km 10, bairro Lagoa Azul (zona rural) há 20km de Macapá/Amapá. Os atendimentos são prestados e os usuários ficam agradecidos pelo empenho dos profissionais para promover saúde a todos. A UBS não está vinculada a instituições de ensino, somente está vinculada ao SUS e presta atendimento no sistema de ESF.

Conta com uma equipe que está composta por: um médico clínico geral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS). A estrutura física deficiente da UBS e a ausência de materiais e equipamentos, quando somadas, conduzem a atrasos e menor eficiência dos atendimentos aos usuários, gerando desconforto generalizado na Unidade Básica de Saúde.

As condições de infraestrutura precisam ser adequadas ao acolhimento dos usuários, fato este relatado pelos profissionais, que identificaram dificuldades de infraestrutura enfrentadas pela UBS Ilha Redonda, onde fizemos relatórios de reformas e necessidades que devem ser executadas e a enviamos ao gestor, mas não houve resposta. Também pedimos ajuda a líderes na comunidade para que também façam esta solicitação ao gestor.

Como citado no contexto acima, a estrutura física da UBS é composta por: recepção, consultório, sala de vacinação e curativo, banheiro e cozinha. É uma UBS pequena e simples com uma demanda razoável de atendimentos, embora faltem algumas salas como: sala odontológica, NASF, direção e secretária, área de serviços, almoxarifado, sala de reuniões e palestras, e tão pouco contamos com sala

de nebulizações que é de suma importância devido ao clima equatorial da região que propicia muitas patologias respiratórias.

Outra necessidade é quanto à ausência de laboratório na UBS, pois como se trata de uma comunidade carente e distante da capital, os mesmos usuários não retornam à consulta, devido a que não conseguem realizar os exames na rede pública e por não contar com recursos para realizá-los. Não tem consultório com banheiro; nem sanitários para funcionários; não há sala de lavagem de material; não há sala de esterilização; não há expurgo; os pisos das diversas salas da UBS são regulares, estáveis e antiderrapantes; não há telas mosquiteiras, torneiras com acionamento sem uso das mãos; não há sinalização dos diversos ambientes; não há revisão da calibragem de esfigmomanômetro nem de balanças e não é adequado para acesso de portadores de necessidades especiais, pois tão pouco há banheiro para cadeirantes, dificultando o trabalho.

Referente à imunização, percebe-se um descaso por não ter uma geladeira adequada para o acondicionamento das vacinas, resultando uma possível epidemia da comunidade por ausência das mesmas, sendo que só está havendo vacinação em período de campanha ou em ações sociais, porque estão sendo buscadas em outra unidade.

Outro fator relevante quanto à estrutura predial é a questão da segurança e manutenção, pois a vulnerabilidade do prédio é um fator importantíssimo, ainda que esteja sediado dentro da comunidade por não haver recursos financeiros que incentivem a manutenção, facilitando o furto dos equipamentos e materiais como, por exemplo, a bomba de água há um mês aproximadamente, então consequentemente a falta de água persiste na unidade.

Sobre este fato, o procedimento tomado foi encaminhar ao Gestor do Município um Ofício citando o ocorrido e, como retorno, tivemos através de documento que o responsável da unidade deveria se responsabilizar pela nova bomba de água que seria encaminhada, situação essa que não foi aceita, justificada pela falta de segurança do prédio, sendo que os furtos poderiam continuar persistindo, e o responsável pelo ressarcimento do objeto seria quem recebeu o referido documento.

Também foi informado ao Gestor do Município através de Ofício que o prédio é tomado por insetos e morcegos e como resposta referente aos morcegos não tem como dedetizar ou tomar alguma medida com manutenção, por serem mamíferos

protegidos por lei Federal, sendo que o mais complicado é o fato de que esse mamífero produz doenças e estão espalhados por toda a unidade, ainda que todo dia seja feita a higienização do local, e quanto aos insetos não houve resposta.

Os agentes comunitários de saúde não tem um local adequado para as reuniões e planejamento de atividades diárias. Em relação aos equipamentos e instrumentais necessários para o nosso trabalho, temos identificado pouca disponibilidade de alguns equipamentos e instrumentos de uso geral, por exemplos: alguns dos quais podem afetar a qualidade de atenção e que não temos suficientes como: antropômetros para criança, o que dificulta realizar uma avaliação do desenvolvimento de uma criança e estabelecer uma boa avaliação nutricional, o mesmo acontece com a balança infantil, a qual não tem bom sistema de calibragem e não contamos no consultório com este equipamento.

Na UBS não temos disponibilidade suficiente de: cabo de bisturi, estetoscópio de pinard e nem de estetoscópio de sonar, o único estetoscópio que há, é do médico quem afere a pressão arterial dos usuários, além disso, não contamos com glicosímetro, estufa, pinça de sutura, nem maca para o exame clínico, como abordei anteriormente a maca que há é ginecológica onde atendemos a todos os usuários.

É de extrema importância para realizar uma consulta de qualidade, ter oftalmoscópio e otoscópio, que ainda não temos igual ao sistema de reposição e manutenção de equipamentos, instrumentos e mobiliários, porque é de grande necessidade o sistema para calibragem de esfigmomanômetro, já que na nossa comunidade há usuários hipertensos.

Em relação aos equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática, ainda não temos a disponibilidades de conexão com internet como em outras UBS do sudeste, sul e centro do Brasil, também não contamos com telefone fixo na unidade, caixa de som, câmera fotográfica, filmadora, gravador de som, projetor de slides, não temos prontuário eletrônico e tampouco livros na UBS, nem todos os protocolos, temos disponível apenas os manuais referentes aos programas de: Tuberculose, Hanseníase, Dengue e Doenças de Transmissão Sexual.

As dificuldades acima citadas não interferem na promoção de um atendimento de qualidade aos nossos usuários, todavia estabelecemos prioridades de acordo com nossa governabilidade.

Como forma de resolução ou diminuição de algumas dificuldades como a falta de equipamentos, instrumentais, e material bibliográfico, cada componente da equipe de saúde lança mão de equipamentos pessoais, o que facilita o andamento dos atendimentos, contudo, ratifico a importância de que cada unidade tenha o seu material disponível para uso profissional.

A infraestrutura da UBS se assemelha muito a uma casa. Acompanhando o atendimento dos profissionais, fica muito claro que as condições de trabalho não são adequadas, faltando instrumentos básicos de trabalho, como esfigmomanômetro, e muitas vezes os próprios profissionais acabam por comprar com dinheiro próprio materiais básicos necessários, como luvas, por exemplo. Diante deste problema percebe-se que os princípios que do SUS são feridos. A falta de infraestrutura adequada limita o acesso dos usuários ao serviço, ferindo o princípio da universalidade que acaba sendo limitada, tornando-se uma universalização excludente.

O profissional pode lançar mão de tecnologias modernas que facilitem a promoção da saúde e a prevenção de agravos, todavia a falta de estrutura adequada prejudica o andamento desse processo.

Como possibilidades de enfrentamento dos problemas citados no contexto para ajudar a resolver os mesmos sobre a estrutura física da UBS, acredito que deveriam criar consultórios com banheiro, banheiros para funcionários, sala de lavagem de material, sala de expurgo, sala de esterilização, colocar telas mosquiteiras, colocação da bomba de água para o acionamento de torneiras com o uso das mãos, sinalizar os diversos ambientes, climatizar o ambiente, banheiro para cadeirantes, revisão da calibragem de esfigmomanômetro e balanças. Além disso, como forma de enfrentamento, podemos fazer um relatório preciso e conciso com todas as necessidades já citadas para ser entregue à Gestão, e mobilizar líderes da comunidade para que também saibam do que precisa ser feito e solicitem ao gestor.

Com relação às atribuições da equipe, os profissionais fazem diariamente um excelente trabalho, pois temos feito o cadastramento da área, porém, não em sua totalidade devido à chegada de novos moradores em nossa área. Identificamos os grupos, indivíduos e famílias expostos a riscos, fazemos pesquisas das doenças crônicas como HAS, DM, Asma Bronquial, Hanseníase e Tuberculose, entre outras, o que favorece o tratamento oportuno.

Realizamos notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis e participamos na busca ativa destas doenças, além disso, fazemos levantamento dos usuários que precisam de acompanhamento domiciliar e estas visitas são feitas por toda a equipe multiprofissional. Realizamos atividades de educação em saúde. A equipe está comprometida no processo de atendimento realizando atividades encaminhadas ao cuidado da saúde da população, no domicílio, nas escolas, entre outras. A equipe faz acompanhamento de problemas de saúde, como aferir a pressão arterial, consulta médica, entrega de medicações, vacinação, revisão puerperal, consulta de enfermagem. Na unidade Básica de Saúde não fazemos pequenas cirurgias pela falta de condições instrumentais e de pessoal capacitado, cujo serviço é muito necessitado pelos usuários. Por esse motivo, fizemos levantamento de materiais e instrumentos necessários para as pequenas cirurgias e solicitamos à Secretaria da Saúde através de ofício, sem obter resposta. Acredito que também poderíamos realizar capacitações para as auxiliares de enfermagem para mostrar como proceder no auxílio durante as pequenas cirurgias.

A população da área de abrangência é de 1.100 usuários, então a equipe está adequada ao tamanho da população, pois mesmo não havendo suporte, a mesma consegue atender às necessidades básicas de saúde dos usuários, todavia podemos afirmar que o tamanho da população e a estrutura da UBS são suficientes.

A estimativa não parece de acordo com a distribuição da população por sexo e faixa etária na minha área de abrangência por conta do crescimento populacional apresentado diariamente, entretanto a equipe consegue englobar e atender essa nova demanda populacional.

A distribuição da população de acordo com idade e sexo, segundo MS: Mulheres em idade fértil (10 – 49 anos): 374; Mulheres entre 25 e 64 anos: 232; Mulheres entre 50 e 69 anos: 47; Gestantes na área: 16; Menores de 1 ano: 23; Menores de 5 anos: 46; Pessoas de 5 a 14 anos: 249; Pessoas de 15 a 59 anos: 680; Pessoas com 60 anos ou mais: 56; Pessoas entre 20 e 59 anos: 560; Pessoas com 20 anos ou mais: 616; Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão: 194; Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes: 55.

O Acolhimento e a Demanda Espontânea são aspectos que vemos no nosso cotidiano na Unidade Básica de Saúde, pois todos nós oferecemos acolhimento aos usuários. Além do mais, o acolhimento não é só feito em um lugar específico e nem com uma pessoa designada para isso, ao contrário, pode ser feito em qualquer parte

e onde a equipe de saúde esteja disposta a escutar e dar informação, e assim avaliar de maneira correta para encaminhar o trabalho ao procedimento adequado de acordo com a necessidade da pessoa.

No cotidiano, procuramos dar orientações para toda pessoa que chega precisando dos nossos serviços, sendo bem recebida e bem atendida sempre segundo a urgência.

Graças ao excelente trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na comunidade, a demanda espontânea não interfere em nosso atendimento diário, porque as agentes comunitárias intermediam as informações UBS-comunidade, então otimizamos o tempo entre o atendimento na UBS, assim como nas localidades próximas que fazem parte da área de abrangência, embora seja muito frequente na unidade de saúde, pois temos usuários que fazem exames indicados por outro médico e chegam à unidade procurando um médico para avaliar os exames, outras vezes precisam de medicação controlada, encaminhamentos, e isso faz com que aumente a demanda espontânea na unidade básica.

Levando em consideração isso, agora se tenta educar a população de que se não é uma situação de urgência ou emergência, que se comunique o seu ACS para ser agendado, atende-se todos os usuários que precisem de atendimento, além de serem bem acolhidos pela equipe. Igualmente, deixam-se vagas para essa demanda, é interessante destacar que quer seja urgência ou não, nunca se pergunta se está agendado ou não, só cumpre-se com o objetivo de dar saúde.

O número de crianças menores de um ano existentes na área de abrangência é 20 crianças acompanhadas na UBS, contudo a cobertura é 87%. Existem ainda muitas áreas descobertas, e por isso o cadastramento ainda não está terminado. Existem crianças fora da área que procuram atendimento agudo na UBS. Então, seria interessante fazer um levantamento do porque estas crianças vêm à UBS, e solicitar ao gestor investimentos para que esta demanda espontânea fora de área seja adstrita a um território com UBS.

De acordo com os indicadores de qualidade, podemos destacar: as vinte crianças estão com a consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; não há atraso na consulta agendada em mais de sete dias; todas as crianças foram levadas pelos seus progenitores a realizar o teste do pezinho em sete dias; apenas quinze crianças foram levadas à UBS para a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias, já as outras cinco crianças os pais referiram que

preferiram acudir a um centro privado; Foram realizadas triagens auditivas nas vinte crianças; as vinte crianças foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta; todas estão com a vacina em dia; embora não exista serviço odontológico na UBS, realizamos a avaliação da saúde bucal de todas as crianças; todas as mães foram orientadas quanto ao aleitamento materno exclusivo além de receber orientações sobre a prevenção de acidentes.

O Programa de Atenção à Saúde da Criança é uma ferramenta muito importante para reverter os índices, ainda elevados, de mortalidade infantil no Brasil, um dos principais indicadores para avaliar o desenvolvimento do país e a qualidade dos serviços de saúde. Na Unidade Básica de Saúde, realizamos puericultura às crianças de até 72 meses de idade, em todos os horários de funcionamento da UBS, além disso, fazemos atendimentos à demanda espontânea nesta faixa etária. Quando cheguei à UBS, a equipe só agendava crianças doentes e os seus acompanhamentos e seguimentos eram muito pequenos, mas pouco a pouco a equipe está se conscientizando sobre a importância deste seguimento. Tem sido difícil o trabalho para tentar mudar o jeito de pensar das mães sobre a importância dos seguimentos, pois acham que somente devem levar os filhos à consulta quando adoentados, mas estamos conseguindo trabalhar para que o protocolo seja implantado e se efetue de forma específica, com utilização de critério de risco e com uma boa organização do atendimento de Puericultura.

Foi difícil conscientizar a equipe sobre a importância da prevenção, enfatizando, que é sempre melhor prevenir que tratar as doenças. Além disso, se torna complexo fazer as primeiras consultas dos primeiros sete dias às crianças de dentro e fora da área de abrangência, mas acredito que persistindo e fazendo as mães se conscientizarem, podemos melhorar nesse aspecto.

Outra coisa fundamental é a visita domiciliar a qual é realizada pelos profissionais da saúde, onde se identifica, e se conhece as principais dificuldades da família: condições criadas para o bebê, perigos potenciais de acidentes no domicílio que poderiam ocasionar risco à vida do bebê, orientamos sobre os cuidados e higiene, a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, sobre a realização do Teste do Pezinho entre o terceiro e sétimo dia de vida, e que, por morar distantes do local onde é realizado esse exame, tem até 30 dias para ser realizado. Todas as crianças seguidas pela equipe tem este teste realizado.

A equipe de uma forma ou outra participa na atenção à saúde da criança, cumprindo com as atribuições correspondentes. Em nossas reuniões explicamos sobre o seguimento correto das consultas, o roteiro de consultas subsequentes seguindo o protocolo pelo Ministério da Saúde. Cabe destacar que não se utiliza nenhuma classificação para identificar crianças de alto risco e não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação do programa Puericultura nem avaliação e monitoramento. Outra dificuldade apresentada é a falta de odontólogo, mas como conhecemos muito bem o processo de dentição nesta faixa etária, se detectamos algum problema na saúde bucal da criança encaminhamos para o Odontólogo de outra UBS. As fontes de dados para abordar a saúde da criança na UBS são: prontuário médico, registros específicos de puericultura e registro de vacinas. Não contamos com prontuário odontológico. Ainda temos muito que fazer para garantir uma atenção de qualidade à saúde das crianças, mas com certeza com o nosso trabalho, vamos melhorar os indicadores e diminuir os índices de mortalidade infantil.

O número de gestantes existentes na área de abrangência é de 15 gestantes, entretanto, segundo o número estimado de gestantes pelo MS, que é de 16, temos uma cobertura de 91%. Quanto aos indicadores, afirmamos que: todas as gestantes iniciaram o pré-natal nos primeiros três meses da gravidez; todas consultam no período do calendário mínimo do Ministério da Saúde: 1 consulta no 1º trimestre, 2 consultas no 2º trimestre e 3 consultas no 3º trimestre; todas as gestantes com doses de vacinas antitetânicas e Hepatite B em dia; todas as gestantes realizaram pelo menos um exame ginecológico neste pré-natal; todas as gestantes foram orientadas na promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança neste pré-natal; como já citado anteriormente, embora não haja consultório odontológico, todas as gestantes foram avaliadas no quesito saúde bucal pelo médico da UBS.

Refletindo sobre os parágrafos acima, posso dizer que foi muito difícil a obtenção de dados, pois só nos prontuários médicos temos informações de qualidade, entretanto a cobertura do pré-natal da UBS é de 91% comparando com as estimativas do Ministério da Saúde para nosso total da população, o início do pré-natal no primeiro trimestre fica com 100%.

Com relação ao número de consultas e a procura pelo serviço no período gravídico puerperal, parto da complexidade da temática, pois acredito que mesmo que aja o engajamento de toda a equipe na busca de 100% das gestantes, boa parte acredita que a procura por um profissional que trabalha na rede particular é o mais indicado, além da busca pelo atendimento em outras unidades, justificado pela falta de infraestrutura e material na unidade básica.

Uma coisa que me deixa extremadamente preocupado é a atenção à saúde bucal porque a maioria das grávidas não mostra interesse, embora seja explicado a importância do acompanhamento em saúde bucal, e também na minha equipe não há Odontólogo, então ficamos sem ferramentas quando diagnosticamos problemas importantes e não temos como solucionar, embora seja feito o encaminhamento adequado.

Falando sobre exames ginecológicos, também é um tema preocupante, pela ausência de salas e condições para isso. Procuramos e conseguimos vacinar o 100% das grávidas assim como orientá-las sobre a importância de uma alimentação saudável e do aleitamento materno exclusivo.

Quanto à atenção ao puerpério, ficamos com uma porcentagem de cobertura de 87%, e isto é devido a muitas puérperas se mudam para morar em outras áreas procurando um parto e um puerpério com boas condições, além de que muitas das mulheres não são conscientes da importância do acompanhamento neste período, mas estamos conseguindo mudanças na consciência delas.

Toda a equipe está trabalhando nessa função da atenção ao pré-natal e puerpério, através de palestras na comunidade, dando orientações nas consultas, aproveitamos também quando fazemos acompanhamento do recém-nascido e também fazemos o acompanhamento de puérperas. Acredito que com a nossa insistência durante a gravidez, as próximas puérperas sejam mais conscientes e procurem nossos serviços.

Considero que os indicadores devem melhorar e devemos ter mudanças quanto antes para conseguir um melhor controle e acompanhamento do pré-natal e puerpério. Na UBS não existe um formulário específico. Sugerimos a implantação deste formulário para auxiliar nos registros e facilitar as buscas de dados para promover planejamento, monitoramento e avaliação. Seria interessante ter uma equipe responsável pelo planejamento, gestão, coordenação do programa pré-natal e puerpério. Acredito que é necessário que conheçamos os responsáveis e as

atribuições dos profissionais envolvidos na atenção pré-natal, desde o acolhimento, o trabalho do agente comunitário de saúde, do técnico de enfermagem, da enfermeira, do médico e, conjuntamente, todos serem responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal e por uma boa atenção ao puerpério, permitindo o parto de um recém-nascido saudável. As fontes de dados utilizadas para o Pré-Natal e Puerpério são: Prontuário médico, Registro de vacinas, Carnê Pré-Natal. Não contamos com prontuário odontológico.

A falta de cuidados e atenção à saúde das gestantes e das crianças continua sendo um problema que provoca mortes, que poderiam ser evitadas, especialmente, nos menores de um ano de vida, situação que poderia ser modificada, se houvesse uma boa atenção pré-natal e seguimento adequado.

A respeito da prevenção do câncer de colo de útero e de mama, a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero é feita na Unidade Básica de Saúde pela enfermeira, um dia todo semanalmente, as usuárias agendadas comparecem para a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero e a enfermeira realiza tal exame.

Em relação ao exame para prevenir o câncer de mama (Mamografia), estes são indicados primeiro pelo profissional, ou seja, o médico, a toda mulher que se encontra entre os 50 e 69 anos de idade após realizar um exame clínico das mamas para detectar alguma alteração. Exame das mamas não é só indicado na consulta, também é orientada realização nas visitas domiciliares, por todos os profissionais da equipe.

Há mulheres fora da área de cobertura que realizam ambos exames na UBS. Precisamos avaliar porque as mulheres de fora de área procuram a UBS, e informar ao gestor para que ele possa tomar as providências necessárias. Não há protocolo de prevenção de Ca de Colo de Útero, nem de Mama. Poderíamos adotar um, melhorando o serviço. Não é realizado rastreamento organizado para Ca de Mama. Poderíamos também realizar dito rastreamento organizado além do rastreamento oportunístico. Não tem formulário específico para ambos. A adoção de um formulário melhora a forma de registros, e facilita na consulta e busca de dados. Não tem arquivo específico para registros dos resultados da mamografia. O arquivo específico facilita na busca de dados, no planejamento de ações, e monitoramento do programa. Não tem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e

coordenação do programa, nem à avaliação, monitoramento para ambos. Alguém poderia ficar como responsável para realizar estas ações.

As mulheres com resultados de exames alterados são encaminhadas para o médico patologista que analisa o material da biópsia e deve idealmente conhecer os dados clínicos e a suspeita diagnóstica, e necessita de alguns dias para estabelecer o resultado diagnóstico, em função do processamento adequado do material, e da necessidade de se usar determinadas técnicas laboratoriais para este fim.

Atualmente não basta dizer que se trata de diagnóstico de câncer de mama ou câncer de colo de útero, pois existem diversos tipos e dentro destes, diversas características tumorais, que podem determinar de maneira distinta sobre o planejamento da cirurgia, até o da quimioterapia e radioterapia.

Refletindo sobre coleta de dados, posso dizer que torna-se mais difícil, pela falta de dados certos e de organização, afirmando que o total de mulheres entre 25 e 64 anos residentes dentro da área de abrangência e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, são de 200 mulheres, dando um total de 86% segundo o Caderno de Ações Programáticas e o total de mulheres entre 50 e 69 anos acompanhadas na UBS para a prevenção de câncer de mama, são de 47 mulheres, chegando ao 100% da estimativa do Caderno de Ações Programáticas. Não há prontuário, registros específicos, SIAB, SISCOLO.

Agora devido a estas dificuldades as maiorias das mulheres vão para outras unidades para atendimento ou fazem o exame preventivo em laboratórios particulares, porque tem boas condições socioeconômicas e não gostam mais de voltar às consultas e aí vai perdendo-se informações, mas nossa equipe está trabalhando na área com a população, dando orientações e estimulando para que elas voltem à UBS a qual pertencem. O exame de mama se torna de difícil acesso para as usuárias, devido à alta demanda que existe para a realização deste exame no Hospital, então só podem fazer no setor privado o qual é muito caro e a maioria das mulheres não têm recursos. Há prontuário clínico, mas não contamos com registros específicos.

Além de todas estas dificuldades nossa equipe continua trabalhando para a melhora destes indicadores, e são orientadas a todas as mulheres tanto no âmbito

domiciliar como nas consultas sobre estes temas, encaminhadas se precisar de um serviço especializado, e acompanhamento verificando a adesão ao tratamento se for indicado, mas podemos conseguir uma melhora e elevar a qualidade de vida da mulher.

Segundo os dados estimados pelo Ministério da Saúde, contamos com 194 usuários com hipertensão na área de abrangência para uma cobertura na UBS de 77%, e 50 usuários com diabetes na área de abrangência para uma cobertura de 91%. Mas continuamos trabalhando nessa função para que pouco a pouco possamos chegar a 100%. Na UBS são atendidos todos os dias em dois turnos os hipertensos e os diabéticos, agendados, além disso, sempre são deixadas vagas para a demanda espontânea.

Em cada consulta e visita domiciliar, a equipe trabalha na conscientização da população sobre estas doenças, sobre os seus riscos e complicações, sua prevenção, logo, mediante conversas, palestras, nas consultas, orientamos a importância do seu seguimento trimestral e a realização dos exames complementares e da atividade física e da alimentação saudável.

Também ressaltamos aos usuários diabéticos o exame físico dos pés mediante a palpação dos pulsos, a medição da sensibilidade, mas os indicadores que ficam baixos são na questão da avaliação da saúde bucal. Por quê? Porque a maioria dos usuários ainda não tem consciência das consequências destas doenças, e só vão à consulta quando não estão se sentindo bem ou quando acabou a medicação, mas isso é muito subjetivo, porém, quando cheguei à minha UBS não tinha demanda destes usuários, mas isso tem mudado graças ao trabalho dos nossos agentes comunitários de saúde (ACS), que tem como meta o cadastramento e orientação destes tipos de pessoas.

Com respeito a saúde bucal, não contamos com consultório odontológico e muito menos com odontólogo, então isso influencia já que a nossa população não é uma população de recursos, o que se dificulta mais ainda o acesso ao setor privado, e, assim como acontece com os exames em dia. Não há protocolo de atendimento para HAS e DM. Não existe classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS e DM. Não há profissional responsável pelo

planejamento, gestão e coordenação das ações de HAS e DM. Não há profissional responsável para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM. Não é produzido relatório com os resultados encontrados. Não tem atividade de grupo para os portadores de HAS e DM. Não há atendimento com profissionais de saúde bucal. Apenas contamos com prontuários clínicos para a obtenção de dados, porque não temos prontuário odontológico e tão pouco registro dos adultos hipertensos e diabéticos. Temos que trabalhar muito e unidos para mudar todas essas dificuldades.

Na UBS, a maioria da população existente é idosa, dado comprovado através dos prontuários existentes na UBS e visitas feitas pelos ACS. Comparando com a estimativa do caderno de ações programáticas que dá uma estimativa de 56 idosos moradores da área, temos um total de 50 pessoas idosas correspondendo a uma cobertura de 89% dos idosos da área, faltando apenas 6 usuários para completar 100% dos idosos da área. Esta estimativa está adequada ao real número da população existente, pois estas pessoas frequentam mais a UBS que os jovens, principalmente em procura de remédios para dor, HTA ou DM sendo estas as queixas mais frequente nesta faixa etária.

Cabe ressaltar que do total de pessoas idosas cadastradas nenhuma tem a caderneta de saúde, pois não contamos com tal caderneta por não nos ser fornecida, mas já foi solicitada através de ofícios, sem resposta. Temos indicadores em 100% em relação a avaliação multidimensional rápida, 100% de acompanhamentos em dia, 100% avaliação de risco para morbimortalidade, 100% orientação nutricional para hábitos de alimentares saudáveis, 100% orientação para atividade física regular, 0% avaliação de saúde bucal. Todos com bons indicadores (exceto saúde bucal), tendo apenas que melhorar no rastreamento da hipertensão arterial sistêmica representando 40%, diabetes mellitus 20% e investigação de indicadores de fragilização na velhice com 28%.

Há idosos que são fora da área de abrangência que procuram atendimento na unidade, mas ainda não há conhecimento como tal do número de idosos fora da área de abrangência. Cabe destacar que: não há protocolo de atendimento para idosos; não há formulário especial para preenchimento dos registros dos idosos; também não há arquivo específico; os profissionais de saúde da UBS poderiam avaliar a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico; não

tem estatuto do idoso; não tem programas de atenção ao idoso; não tem atividades em grupo com os idosos; não tem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações aos idosos; não há atendimento com profissionais de saúde bucal.

Os atendimentos às pessoas de mais de 60 anos são feitos também todos os dias da semana em todos os turnos, são atendidos os que estão agendados e aos que vem pela demanda espontânea. Não existe excesso de demanda, por isso a facilidade que temos de atender a toda pessoa que chegar precisando de ajuda.

Durante os atendimentos são dadas orientações nas consultas, nas visitas domiciliares sobre como ter uma nutrição adequada com hábitos alimentares saudáveis, a importância da prática de atividade física regularmente, evitando o sedentarismo, e sobre a prevenção de acidentes no domicílio.

Sobre a saúde bucal, o médico avalia parcialmente, mas continuamos com o mesmo problema, porque infelizmente não contamos com consultório odontológico, mas nossa equipe como estratégia faz da seguinte forma: damos orientações sobre o cuidado bucal, avaliamos a saúde bucal e se houver problemas, conversamos e encaminhamos ao odontólogo para facilitar o atendimento a estes usuários que são como crianças novamente.

As fontes de dados utilizadas são: prontuários clínicos. Entretanto não contamos com prontuário odontológico e nem com registros específicos das pessoas idosas.

Apesar das dificuldades, minha equipe tem vontade de trabalhar cada dia melhor, estamos fazendo mensalmente reuniões para a avaliação e implantação para o cumprimento dos programas implantados pelo Ministério da Saúde organizar o nosso trabalho para melhorar a qualidade de vida das pessoas para garantir uma velhice saudável e tranquila.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao realizar-se a leitura do texto inicial e comparar com a escrita do relatório acima, pode-se dizer que após da realização da Unidade 1 - Análise Estratégica da Especialização em Saúde da Família - nota-se um maior conhecimento dentro do processo de trabalho da UBS e da situação de saúde da comunidade adstrita do

serviço, percebendo os aspectos positivos e os que devem ser melhorados pela equipe.

A estrutura física da UBS deve melhorar, principalmente com relação à falta de alguns instrumentos de trabalho que são fundamentais para por em prática todas as ações estudadas na Unidade 1, assim consegue-se melhorar nosso trabalho e cobrir todas as áreas descobertas cadastrando 100% da população. Com toda a descrição feita no Relatório da Análise Situacional, considera-se que existem muitos aspectos a serem estudados para adequar a UBS aos requisitos básicos de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, tanto para estrutura física como para os atendimentos feitos aos usuários.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma adequada reorganização social e da área de saúde para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2006).

Criada há sete anos, a unidade da Ilha Redonda conta com uma única equipe de ESF atuando em sete micros áreas adstritas. O território abrange uma população estimada em 1.100 pessoas assistidas. O local é situado em região rural. A estrutura física da UBS é composta por: recepção, consultório, sala de vacinação e curativo, banheiro e cozinha. É uma UBS pequena e simples com uma demanda razoável de atendimentos, embora faltem algumas salas como: sala odontológica, NASF, direção e secretária, área de serviços, almoxarifado, sala de reuniões e palestras, e tão pouco contamos com sala de nebulizações. Além de não ter consultório com banheiro; nem sanitários para funcionários; não há sala de lavagem de material; não há sala de esterilização; não há expurgo; os pisos das diversas salas da UBS não regulares, estáveis e antiderrapantes; não há telas mosquiteiras, torneiras com acionamento sem uso das mãos; não há sinalização dos diversos

ambientes; não há revisão da calibragem de esfigmomanômetro nem de balanças e não é adequado para acesso de portadores de necessidades especiais, pois tão pouco há banheiro para cadeirantes, dificultando o trabalho, além de não contar com barras nos corredores para o que os idosos possam apoiar-se e também não há escadas. Na UBS não temos disponibilidade suficiente de: cabo de bisturi, estetoscópio de pinard e nem de estetoscópio de sonar, o único que há, é do médico quem afere a pressão arterial dos usuários, além disso, não contamos com glicosímetro, estufa, pinça de sutura, nem maca para o exame clínico. Como abordei anteriormente, a maca que há é ginecológica onde atendemos a todos os usuários. A equipe é composta por: um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitário de saúde.

Comparando com a estimativa do caderno de ações programáticas, que é 56 idosos, temos um total de 50 pessoas idosas acompanhadas na UBS, correspondendo a uma cobertura de 89% dos idosos da área, faltando apenas seis usuários para completar 100% dos idosos da área. Cabe destacar que não há protocolo de atendimento para idosos; não há formulário especial para preenchimento dos registros dos idosos; também não há arquivo específico; os profissionais de saúde da UBS poderiam avaliar a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico; não tem estatuto do idoso; não tem programas de atenção ao idoso; não tem atividades em grupo com os idosos; não tem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações aos idosos; não há atendimento com profissionais de saúde bucal. A população idosa procura os serviços da unidade, entretanto não seguem todas as orientações por falta de recursos, porém participam das ações propostas pela UBS. Desta forma, os idosos são atendidos em dois turnos, em dois dias da semana segundo a demanda. Nós fazemos atendimentos agendados e de urgência e ações na comunidade. A equipe da unidade organiza agenda para visitas às residências de pessoas que apresentam doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial), assim como deficientes físicos, mentais e idosos acamados. Por ora, é feito um trabalho de orientação nas consultas, nas visitas domiciliares sobre como ter uma nutrição adequada com hábitos alimentares saudáveis, a importância da prática de atividade física regularmente, evitando o sedentarismo, e sobre a prevenção de acidentes no domicílio e de saúde bucal, mesmo que não contemos com odontólogo.

Sinto-me muito contente pelo trabalho da equipe com a população. Após participar de algumas reuniões na UBS da Ilha Redonda, verifiquei o envolvimento da equipe, além de observar a falta de comunicação e colaboração de uma forma integrada no grupo de trabalho, fato este que é refletido no resultado do trabalho, onde a triagem por falta de equipamento não ocorre de forma eficaz. A questão de segurança predial é outro fator a ser observado já que na UBS há vulnerabilidade, porque é uma área onde há muitos riscos de assalto e de violência, entretanto dentro dos recursos disponíveis, os trabalhos vêm sendo desenvolvidos com limitações. Contudo, considero que no trabalho do médico é perceptível também a necessidade de melhorias para com os usuários, diante de problemáticas existentes em seus mais variados aspectos.

Atualmente, a equipe da Ilha Redonda não conta com protocolos de atendimentos para idosos; nem com formulário especial para preenchimento dos registros dos idosos. Arquivo específico não existe; assim como com estatuto do idoso. É necessário investir na atenção ao idoso; assim como elencar profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações aos idosos. Precisamos conseguir atendimento com profissionais de saúde bucal. Visto que diante dos problemas que os idosos apresentam, o rendimento é mais bem proporcionado quando foca-se diretamente em cada problema localizado. Além disto, é sugerido que os profissionais de nível superior avaliem a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico. A intervenção com o grupo de idosos promoverá a realização de atividades físicas em grupos com os idosos quilombolas e organizar as atividades educativas e de promoção de saúde nas comunidades em conjunto com todos os profissionais; avaliar o risco cardiovascular e os fatores de risco de diabetes mellitus nas consultas a todos os usuários; assegurar que todos os usuários recebam um acompanhamento de qualidade além das consultas programadas, segundo os protocolos do Ministério de Saúde.

Concluindo, eu escolhi os idosos, porque gostaria de melhorar os registros, implantar a caderneta de saúde da pessoa idosa, melhorar os indicadores de fragilização na velhice, dar acesso aos idosos à cuidados com a saúde bucal, e porque, como grande parte dos hipertensos e diabéticos são do grupo dos idosos, poderia ajudar também a estes grupos. Também gostaria de fazer com as ACS fizessem um levantamento cadastral para saber quantos idosos moravam na minha área.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Ilha Redonda, Macapá/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Ilha Redonda, no Município de Macapá/AP. Participarão da intervenção 50 idosos com mais de 60 anos moradores da área adstrita à unidade de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Dessa forma, espera-se abranger todos

os aspectos relevantes para realização da intervenção, contemplando todas as metas e indicadores propostos para a Atenção à Saúde do idoso.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Eixo de monitoramento e avaliação

Ação:

1. Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

O monitoramento da cobertura dos idosos será realizado mensalmente, e para isso serão avaliados a ficha espelho, os prontuários clínicos quando necessários, e as fichas das ACS. Quem será responsável por este monitoramento será a enfermeira. Manteremos um arquivo específico para os usuários cadastrados no Programa de Saúde do Idoso, o que facilitará o monitoramento.

Eixo de Organização e gestão do serviço.

Ações:

1. 1. Acolher os idosos.

O acolhimento será realizado principalmente pela enfermeira e pelas técnicas de enfermagem, mas toda a equipe poderá realizar o acolhimento em caso do pessoal da enfermagem estar ocupado. O acolhimento será realizado todos os dias, ou seja, quando a pessoa procurar a UBS será recebida pela equipe de enfermagem, entre os afazeres normais do período, e será recebida com escuta humanizada, procurando avaliar as necessidades de cada usuário. Todos os usuários receberão informações sobre o programa de idosos na UBS, e serão agendadas consultas, se houver necessidade, o mais breve possível. Em casos de problemas agudos, serão atendidos como consulta de encaixe no mesmo período em que estiverem da UBS.

1. 2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

O cadastro de todos os idosos será realizado com a ajuda das agentes comunitárias de saúde, que farão um levantamento dos moradores da área de

abrangência da UBS e identificarão os que forem idosos. Também poderá ser realizado avaliando os prontuários dos usuários que se consultaram recentemente, nos últimos três meses, avaliando quais se enquadram no público alvo de idosos. Isso será feito pela equipe de enfermagem.

1.3. Atualizar as informações do SIAB.

As informações geradas ao longo de cada mês alimentarão o SIAB, e quem será responsável por esta tarefa será a enfermeira, mensalmente.

Eixo de engajamento público.

Ações:

1.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

O esclarecimento da comunidade será realizado pela equipe de uma forma geral, aproveitando o contato dos profissionais com os usuários em suas consultas ou quando forem na UBS por algum motivo. Serão afixados cartazes na sala de espera informando que é importante o idoso cuidar de sua saúde e solicitando que faça as consultas regularmente. As ACS terão um trabalho muito importante nesta ação, pois levarão esclarecimentos para a comunidade em suas casas. Também a enfermeira convidará as lideranças da comunidade para prestar informações sobre o programa saúde do Idoso na unidade, e pedirá que ele atue como um discriminador de informação para a comunidade.

1.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa Saúde do Idoso a unidade básica de saúde, sendo os responsáveis os ACSs e os demais profissionais da equipe. Orientaremos sobre a importância do cuidado com a saúde, como controle da pressão arterial e da glicemia, e sobre as atividades desenvolvidas no programa mediante palestras, murais e banners. Orientaremos sobre os fatores de risco para os idosos, tanto na unidade básica de saúde como na comunidade Ilha

Redonda, mediante conversas de roda, atividades grupais nas escolas, igrejas e durante as visitas domiciliares.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ações:

1.1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

A capacitação será realizada e desenvolvida pela enfermeira e médico com toda a equipe que atua na unidade básica de saúde, é importante que nesse momento os profissionais possam colocar suas demandas sobre quais os principais pontos fortes e fracos a cerca do acolhimento, a enfermeira e o médico devem instigar o pensamento crítico-reflexivo, essa capacitação será feita semanalmente, no momento em que os ACS retornam à unidade para a reunião semanal.

1.2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

A capacitação será realizada e desenvolvida pela enfermeira durante todas as reuniões dos ACS, com o objetivo de estimular a busca ativa desses idosos que não estão realizando o acompanhamento em nenhum serviço. Durante essa capacitação, é importante que o mediador abra espaço para que o ACS coloque suas demandas e suas dificuldades nessa busca, e partindo dessas situações que foram colocadas, os profissionais, em conjunto, possam criar estratégias para o resgate desse idoso.

1.3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

A capacitação será realizada e desenvolvida pela enfermeira e médico, na primeira semana da intervenção e ao longo da intervenção poderão ser marcadas novas capacitações se forem necessárias. As capacitações ocorrerão nas sextas-feiras, aproveitando as reuniões de equipe. A capacitação das ACS ocorrerá após a capacitação da equipe, as quais elas também participarão. Serão realizadas em forma de rodas de conversa, e utilizados textos explicativos e um computador para mostrar fotos ou vídeos, auxiliando na absorção do conteúdo em questão.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ações:

Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

O monitoramento será realizado pelo médico e pela enfermeira, avaliando nas fichas espelho se todos os idosos tiveram a avaliação multidimensional rápida realizada. O monitoramento será realizado uma vez a cada mês.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Todos os idosos acompanhados na unidade básica de saúde possuem prontuário constando no histórico referente todos os cuidados realizados, facilitando ao médico a condução e a realização do exame clínico. Dessa forma se enfatiza o tratamento de acordo a sua necessidade, e incentivando o autocuidado. O monitoramento, portanto, será realizado uma vez por mês, avaliando as fichas espelho e os prontuários clínicos dos idosos, e será realizado pela enfermeira.

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

O monitoramento será realizado pela equipe de enfermagem, que avaliará as fichas espelho e os prontuários clínicos dos idosos. Este monitoramento será realizado uma vez por mês.

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

O monitoramento será realizado pela enfermeira e pelo ACS responsável pelo idoso. A enfermeira irá monitorar o registro nos prontuários e fichas espelho, e

o ACS, durante as visitas domiciliares, observarão as carteiras da pessoa idosa. O monitoramento será realizado a cada mês.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

O monitoramento será realizado pela equipe de enfermagem, entretanto o idoso só tem acesso aos medicamentos da Farmácia mediante prescrição de consulta médica e o cadastro na farmácia. Com isso, facilitará o acesso e a disponibilização de quantidade certa do medicamento.

Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

O monitoramento será realizado pela equipe de enfermagem, utilizando livro de protocolo que contém o registro com os dados pessoais para poder facilitar o acesso ao seu domicílio, e cada idoso de que recebe visita domiciliar possui também um prontuário diferenciado contendo os seus dados clínicos. O monitoramento terá a colaboração do médico. Também pode ser avaliado pela ficha espelho. Esse monitoramento será realizado uma vez por mês.

Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

O monitoramento será realizado pela enfermeira junto com os ACS, mediante avaliação diária das visitas domiciliares, em que os ACS repassarão para a enfermeira as informações necessárias, como onde a visita domiciliar foi realizada, qual o público visitado e quais as demandas da população. O monitoramento também poderá ser feito avaliando as fichas espelho, e será realizado de uma forma geral, revisando os registros, uma vez ao mês.

Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

O monitoramento será realizado pela enfermeira, que utilizará os recursos cadastrais de cada usuário, fornecido pelos ACS, para rastrear semanalmente os idosos com HAS. Será monitorado também pela ficha espelho e pelos prontuários clínicos.

Monitorar o número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

A equipe de enfermagem será responsável por esse monitoramento, e isso ocorrerá durante as consultas na unidade básicas e nas visitas domiciliares, além disso, os ACS serão responsáveis por passar informações pertinentes a essa investigação para a equipe de enfermagem. Além disso, uma vez ao mês, a enfermeira avaliará as fichas espelho para averiguar se os idosos com PA elevado foram rastreados também para DM.

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

O monitoramento desta ação será realizado pelo médico e equipe de enfermagem, uma vez que a unidade não apresenta odontólogo para analisar a necessidade do idoso, esse monitoramento será realizado por meio de investigação clínica feita em consultas (Anamnese e exame físico). Os idosos com exames clínicos realizados, serão anotados se foram avaliados também com relação à necessidade de tratamento odontológico, e uma vez ao mês, a enfermeira monitorará se existem idosos que ainda não foram avaliados.

Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Por não contar com odontólogos na unidade básica, não é feito o monitoramento desta ação, já que os mesmos idosos não possuem meios de acesso e nem recursos financeiros para se locomover à consulta em outra unidade básica, contudo, é feita orientação sobre os cuidados com a higiene bucal e a importância de consultar um odontólogo.

Eixo de Organização e gestão do serviço.

Ações:

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

A garantia dos recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida dar-se-á sob a responsabilidade da enfermeira que deve desenvolver a conferência e checagem de tais materiais com estoque além do quantitativo utilizado regularmente, avaliando mensalmente para assegurar disponibilidade destes recursos.

Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

A definição das atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos Idosos será discutida através de uma roda de diálogo, na primeira semana da intervenção, que será desenvolvida entre os profissionais e mediada pela enfermeira que compõem a equipe de saúde para se estabelecer as responsabilidades de cada membro da equipe, a partir a competência de cada área de conhecimento.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Através de aula dialogada na primeira semana da intervenção para os membros da equipe, a enfermeira poderá estabelecer ações destinadas à equipe de saúde e ações na realização do exame clínico do idoso de acordo com a competência de cada membro no sentido de organizar o serviço de saúde e assim não sobrecarregar determinadas funções.

Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

A busca dos idosos que não realizaram exame clínico apropriado dar-se-á com o controle rigoroso dos prontuários daqueles que estiverem em processo de

realização de exames com prazos agendados. Aqueles que não retornarem a Unidade Básica de Saúde para apresentar comprovação da realização dos exames através de canhotos que mostre o usuário em situação de aguardo dos resultados ou de realização do mesmo, a enfermeira poderá solicitar busca ativa deste usuário ao ACS por meio de visita domiciliar. Também serão avaliados uma vez por mês, pela enfermeira, através das fichas espelho os idosos que estão com exames clínicos em atraso, e os que estiverem também serão visitados pelo ACS correspondente.

Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Todo agendamento prévio deverá permitir uma conta mínima e máxima diária de pacientes provenientes das buscas domiciliares. O agendamento regular deverá ser de responsabilidade da enfermeira e do médico, mas como a busca domiciliar é de responsabilidade do ACS, caberá a ele organizar o agendamento desta clientela, sendo repassado diariamente aos dois primeiros profissionais a fim de organizar a demanda e atendimento do dia.

Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Caberá ao médico a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidade. Na ausência do médico caberá à enfermeira a responsabilidade de tais ações. A enfermeira também entrará em contato com o Gestor na primeira semana da intervenção, solicitando que se oportunize as referências a outros serviços em caso de necessidades.

Garantir a solicitação dos exames complementares

Os exames complementares serão solicitados pelo médico. Poderão ser solicitados também pela enfermeira, para garantia da agilidade do serviço. A enfermeira, na primeira semana de intervenção, entrará em contato com o Gestor, para solicitar a disponibilidade dos exames complementares sempre que necessário, explicando a importância dos exames para o bom acompanhamento dos idosos.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

A garantia da agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo dar-se-á através de consórcios intermunicipais estabelecido entre os gestores em que, previamente, o responsável pela Unidade Básica de Saúde (seja médico, enfermeira ou outro profissional) poderá mostrar, em reuniões mensais, as demandas necessárias da unidade, para assim, encaminhar adequadamente aos serviços disponíveis.

Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Aos usuários que forem percebidos a não realização dos exames complementares preconizados, será marcado em sua ficha espelho um alerta para que este usuário seja notificado para comparecer na unidade para realizar os exames, ou para que a ACS o notifique em sua residência. Será solicitado para que o gestor de saúde possa aderir a recursos tecnológicos informacionais e implantar em cada Unidade Básica de Saúde para ter o controle das informações dos serviços desenvolvidos por cada estabelecimento de saúde- consultas médicas e de enfermagem, avaliações, agendamento de exames e dentre eles os exames pendentes. Acredita-se que dessa forma todos os profissionais poderão ter acesso ao contexto dos serviços, dos atendimentos e dos usuários.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

O controle do estoque dos medicamentos dar-se-á a partir do recebimento ao responsável pela Unidade Básica de Saúde (seja médico, enfermeira, entre outros) com checagem dos dados referentes aos mesmos- nome do medicamento, temperatura para armazenamento, data de validade, dentre outros. Semanalmente será realizado pela enfermeira o monitoramento dos medicamentos, avaliando os que estejam faltando ou com prazo de validade vencido, solicitando os medicamentos que forem necessários à secretaria de saúde.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Será anotado na ficha espelho de cada usuário as medicações que são de seu uso, para assim poder fazer um controle das medicações que são necessárias ser solicitadas e mantidas com controle de estoque na unidade. Essa função será da enfermeira, que avaliará mensalmente as necessidades de medicamentos dos usuários da unidade.

Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

A garantia do registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa dar-se-á através de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais que integram a equipe de saúde (médico, enfermeira, entre outros) de acordo com as necessidades apresentadas pelo idoso e os agendamentos prévios (seja consulta, realização de exames se necessário, entre outros).

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

O agente comunitário de saúde deverá comparecer uma vez por semana e agendar sempre a visita da semana. Deverá ser feito um cadastro caso o usuário ainda não seja cadastrado na unidade básica, esses dados deverão ser repassados para a enfermeira que organizará a agenda das visitas domiciliares.

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

O acolhimento deverá ser feito por todos os membros da equipe da unidade básica, o acolhimento desse idoso deve ser de forma holística, no sentido de amparo e segurança frente às necessidades de saúde. Após a escuta das necessidades do idoso, a equipe avaliará a conduta a ser tomada, se em caso de problema aguda será atendido no mesmo turno, e não for caso agudo, será agendada uma consulta o mais breve possível. Algumas intervenções deverão ser realizadas pela equipe, como por exemplo, realizar no mínimo duas aferições na pressão arterial por consulta. Informar e conscientizar sobre a importância de uma boa alimentação. Pode-se enfatizar a importância do envolvimento dos familiares do hipertenso na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Antes de realizar qualquer atividade de intervenção com os usuários portadores de HAS, médico e enfermeira devem planejar as ações e delimitar todo o material que será utilizado nesse processo, em seguida, deve encaminhar o pedido de tal matéria, com antecedência de, no mínimo, três semanas, para a secretaria de saúde do município. Esse pedido será feito por meio de ofício contendo o objetivo da ação e justificativa da solicitação do material.

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

O acolhimento deverá ser feito por todos os membros da equipe da unidade básica, o acolhimento desse idoso deve ser de forma holística, no sentido de amparo e segurança frente às necessidades de saúde. Após a escuta das necessidades do idoso, a equipe avaliará a conduta a ser tomada, se em caso de problema aguda será atendido no mesmo turno, e não for caso agudo, será agendada uma consulta o mais breve possível. Algumas intervenções deverão ser realizadas pela equipe, como por exemplo, realizar a verificação da glicose no sangue e aferições na pressão arterial por consulta. Informar e conscientizar sobre a importância de uma boa alimentação. Pode-se enfatizar a importância do envolvimento dos familiares dos pacientes com DM na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Antes de realizar qualquer atividade de intervenção com os usuários portadores de DM, médico e enfermeira devem planejar as ações e delimitar todo o material que será utilizado nesse processo, em seguida, deve encaminhar o pedido de tal matéria, com antecedência de, no mínimo, três semanas, para a secretaria de saúde do município. Esse pedido será feito por meio de ofício contendo o objetivo da ação e justificativa da solicitação do material.

Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Na ficha espelho e no prontuário do idoso que deve ser realizado o hemoglicoteste será feita uma anotação em destaque, para que seja lembrado de ser realizado o teste quando o usuário vier em consulta ou quando for realizado o monitoramento da intervenção. Quem realizará estes sinais de alerta serão o médico e a enfermeira.

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

O acolhimento deverá ser feito por todos os membros da equipe da unidade básica, o acolhimento desse idoso deve ser de forma holística, no sentido de amparo e segurança frente às necessidades de saúde. Após a escuta das necessidades do idoso, a equipe avaliará a conduta a ser tomada, se em caso de problema aguda será atendido no mesmo turno, e não for caso agudo, será agendada uma consulta o mais breve possível. Após o acolhimento, o idoso será acompanhado desde a primeira consulta passando pelo agendamento até a saída desse idoso da unidade de saúde. O atendimento desse idoso deve ser prioritário para que o mesmo possa usufruir dos serviços prestados pela unidade. É importante que a unidade disponha de uma agenda de atividades a serem realizadas no momento da espera das consultas, essas atividades podem ser de palestras informativas.

Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

O agente comunitário de saúde é o responsável por esse cadastramento, sendo ele realizado no momento da visita domiciliar, ou em uma visita do idoso na unidade básica para uma consulta, sendo a equipe de enfermagem o responsável por este cadastramento na unidade. Todos os dados desse idoso cadastrado devem ser repassados para o enfermeiro, que será responsável por gerar uma ficha de acompanhamento desse idoso.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Objetivando um atendimento prioritário ao idoso na unidade básica de saúde, é importante que a equipe que trabalha nessa unidade tenha um planejamento, uma vez que atende outras demandas, os atendimentos devem ser agendados e seguindo sempre uma ordem, primeiramente serão atendidos os idosos com doenças crônicas graves, em seguida os idosos que estão fazendo acompanhamento por outras situações. Sempre que o idoso chegar na unidade será acolhido pela equipe de enfermagem, ou outro profissional que esteja disponível no momento, e de acordo com suas necessidades será atendido no mesmo turno de trabalho ou agendada uma consulta o mais breve possível.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Como na unidade não há atendimento odontológico, a enfermeira solicitará à secretaria de saúde um encaminhamento para atendimento odontológico ao idoso que for constatada a necessidade de tratamento.

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

O acolhimento deverá ser realizado por todos os membros da unidade básica de saúde, desde a primeira consulta passando pelo agendamento até a saída desse idoso da unidade na unidade de saúde. O acolhimento desse idoso deve ser de forma holística, no sentido de amparo e segurança frente às necessidades de saúde. Após a escuta das necessidades do idoso, a equipe avaliará a conduta a ser tomada, se em caso de problema aguda será atendido no mesmo turno, e não for caso agudo, será agendada uma consulta o mais breve possível. O atendimento desse idoso deve ser prioritário para que o mesmo possa usufruir dos serviços prestados pela unidade. É importante que a unidade disponha de uma agenda de atividades a serem realizadas no momento da espera das consultas, essas atividades podem ser de palestras informativas.

Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

O monitoramento será realizado pela enfermeira, que anotará na ficha espelho os idosos com necessidades de tratamento odontológico que foram atendidos em outra unidade, já que nesta UBS não consta com o serviço de saúde bucal.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Como a unidade não conta com o serviço de saúde bucal, os idosos com necessidade de atendimento odontológico serão encaminhados pela enfermeira à secretaria de saúde para que sejam agendados atendimentos em saúde bucal em outra unidade de saúde.

Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Objetivando um atendimento prioritário ao idoso na unidade básica de saúde, é importante que a equipe que trabalha nessa unidade tenha um planejamento, uma vez que atende outras demandas, os atendimentos devem ser agendados e seguindo sempre uma ordem, primeiramente serão atendidos os idosos com doenças crônicas graves, em seguida os idosos que estão fazendo acompanhamento por outras situações.

Eixo do engajamento público.

Ações:

Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Para orientação da comunidade devesse realizar trabalhos em grupo promovidos pela equipe de enfermagem, na qual o principal objetivo será de conscientizar os usuários dos benefícios obtidos pelo tratamento adequado e a importância e de como obter uma vida saudável, e como consequência disso um envelhecimento melhor e mais saudável. Por meio de ações educativas e preventivas temos um avanço na qualidade de vida dos nossos idosos. Esses

trabalhos em grupo podem ser feitos no momento do aguardo das consultas na sala de espera. As ACS também terão importante papel de levar orientações à comunidade quando de suas visitas domiciliares.

Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

O compartilhamento das condutas esperadas em cada consulta deverá ser realizado pela enfermeira e pelo médico no momento da consulta, esse deverá ser o primeiro momento, logo em seguida, o profissional deverá seguir com as intervenções. Ao final, o usuário deverá expressar verbalmente se foi contemplado em suas demandas. Cada usuário será orientado dos seus direitos em participar do planejamento, execução e monitoramento em saúde da UBS, tendo o direito de opinar e criticar.

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Essas orientações deveram ser feitas por todos os membros da equipe. O ACS deverá orientar no momento das visitas domiciliares; os demais profissionais deverão realizar essas orientações na unidade básica, por meio de conversas na sala de espera, utilizando tecnologias leves para facilitar no processo de aprendizagem.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Essas orientações deverão ser feitas por todos os membros da equipe, o ACS deverá orientar no momento das visitas domiciliares; os demais profissionais deverão realizar essas orientações na unidade básica, por meio de conversas na sala de espera, utilizando tecnologias leves para facilitar no processo de aprendizagem. O médico e a enfermeira podem realizar essa orientação no

momento da consulta, para facilitar o entendimento individual de cada usuário. A enfermeira fará contato com lideranças na comunidade para que ajudem na divulgação dessas informações.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Essas orientações deverão ser feitas por todos os membros da equipe, o ACS deverá orientar no momento das visitas domiciliares, os demais profissionais deverão realizar essas orientações na unidade básica, por meio de conversas na sala de espera, utilizando tecnologias leves para facilitar no processo de aprendizagem. O médico e a Enfermeira podem realizar essa orientação no momento da consulta, para facilitar o entendimento individual de cada usuário. A enfermeira fará contato com lideranças na comunidade para que ajudem na divulgação dessas informações.

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Essa orientação deve ser feita por todos os membros da equipe que atuam nessa unidade básica, por meio de trabalhos em grupo e atividades na comunidade, reforçando sempre a importância do uso correto de medicamentos e o direito ao acesso as medicações do programa Hiperdia. Também será dada esta orientação nas consultas individuais com os usuários.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

O ACS deverá informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso durante as visitas domiciliares, além disso, é importante que ele informe os objetivos desse programa e como ele funciona nessa unidade de saúde. A enfermeira fará contato com lideranças na comunidade para que ajudem na

divulgação dessas informações. Os profissionais informarão também nas consultas individuais com os usuários.

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe, os profissionais devem informar e orientar a comunidade sobre em quais situações devem solicitar visita domiciliar. É importante que o ACS conheça os usuários que necessitem dessa visita prévia, para que possam repassar informações pertinentes para o médico e para a enfermeira, objetivando intervenções rápidas e que possam dar resultados imediatos.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

O agente comunitário de saúde (ACS) deve ser responsável por realizar essas orientações, pois sobre esse, encontra-se a responsabilidade de realizar o elo entre a comunidade e a equipe multiprofissional, esse deve residir na área de atuação e reconhecer a realidade e as determinantes da localidade, portanto essa orientação deve se estabelecer através dessas visitas do ACS aos domicílios da comunidade.

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Através de cursos de capacitação para o ACS, prestados pela enfermeira em parceria com o médico, esse empoderado no assunto, deve fazer visitas domiciliares e esclarecer os moradores acerca da importância da verificação da pressão arterial especialmente para idosos acima de 60 anos, se possível acompanhado de um técnico para fazer um mapeamento dessa pressão nos moradores. Caso necessário, deve-se encaminhar para uma Unidade Básica de Saúde onde será feito todo um histórico do seu caso pela enfermeira, se necessário poderá ser encaminhado para atendimentos mais especializado com um médico.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

A equipe de enfermagem deve promover seminários abertos ao público nas Unidades de Saúde, essas deverão ser divulgados pelo ACS de uma forma que abranja se não toda, mas grande parte da comunidade. No seminário seria muito importante a distribuição de cartilhas com linguagem simples, contendo profilaxia e modelos de alimentação adequada e de baixo custo para se evitar a HAS, além de, através de dinâmicas, como um alongamento, mostrar a importância do exercício físico na prevenção da hipertensão. Os ACS também levarão estas informações no contato com a comunidade.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Será feita uma campanha para verificar a pressão arterial e a glicemia com a ajuda de enfermeiras e técnicos e caberá ao ACS divulgar e alertar a comunidade sobre a importância da participação no evento, logo seria de fundamental importância a distribuição de cartilhas no dia alertando sobre as prevenções, as consequências e limitações acerca da DM e principalmente alertar que indivíduos com DM têm fator favorável a doenças cardíacas.

Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Essa orientação pode ser feita por meio da produção de cartilhas que devem ser distribuídas na unidade de saúde, informando as pessoas acerca dos fatores de risco (obesidade, sedentarismo, diabetes gestacional as mulheres e fatores ambientais) que podem ocasionar DM. Toda equipe multiprofissional deve estabelecer contato com esses usuários, esclarecendo os mesmos sobre hábitos mais saudáveis e aproveitar o momento para mapear como anda a glicemia desses usuários.

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

A enfermeira com o auxílio do odontólogo de outra unidade próxima à UBS deve capacitar os ACS, através de conversas de roda, esclarecendo sobre saúde bucal e higienização, para que possam em suas visitas na comunidade informar sobre a importância de prevenir problemas bucais que podem afetar a nutrição e a saúde e informar as ações realizadas na Unidade referentes a esse eixo de atuação da saúde do idoso. Será criado um dia de ação para saúde bucal do idoso para conscientizá-lo por meio de dinâmicas e trabalhos em grupo e outras formas de educação em saúde.

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Como estratégia de gestão, será buscado parcerias para a unidade, solicitando programas do Ministério da Saúde como "Brasil Sorridente" para a unidade. Por meio das visitas de enfermagem e auxílio do ACS (previamente orientado sobre o assunto), será feito o levantamento dos idosos que precisam de próteses dentárias e outros serviços odontológicos. Essa informação será colhida com a ajuda dos ACS, que indicarão as residências para as visitas para um cadastramento com a finalidade de contabilizar as demandas de atendimento odontológico, e ser feita a solicitação dos serviços junto aos órgãos competentes.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Por meio das visitas domiciliares das enfermeiras com a ajuda dos ACS previamente orientados sobre saúde bucal (por meio de capacitações na unidade promovidas pelas enfermeiras e convidados), serão orientados os idosos da comunidade e seus familiares e cuidadores com intuito de esclarecer e fazer uma avaliação e explanação sobre a importância de fazer os exames familiares para verificar a necessidade de procedimentos em saúde bucal na unidade. Será orientado na conversa o autocuidado e a avaliação pessoal, ouvindo as queixas das pessoas e verificando os casos em que haja necessidade do procedimento.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Os ACS estarão continuamente em contato com a comunidade para ouvi-los, solicitar opiniões e criticar, incentivando-os a participar do planejamento em saúde da UBS. A equipe de enfermagem também solicitará que a comunidade participe das decisões da unidade.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ações:

Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

A capacitação dos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) se dará através de estudos e conversas de roda que serão ministrados pela enfermeira, onde será abordado como atender a população idosa, como planejar, programar e realizar ações que envolvam a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência de acordo com o protocolo, capacitando-os a desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, identificação e acompanhamento de pessoas idosas frágeis ou com processo de fragilização, conhecerão os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos dos idosos e suas famílias, bem como na comunidade onde eles vivem, dentre outras atribuições comuns a todos os profissionais da equipe. Essa capacitação ocorrerá na UBS, aproveitando os horários de reunião da equipe, será ministrado pela enfermeira, na primeira semana de intervenção e terá duração de aproximadamente uma hora.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

A equipe será treinada pelo médico para aplicar a avaliação multidimensional rápida do idoso que é utilizada para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Eles serão instruídos para fazer entrevistas com esses idosos e avaliar seu estado nutricional, visão, audição, atividade sexual, queda e outras áreas avaliadas, pelo menos uma vez ao mês, será realizado o treinamento da equipe.

Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Deve-se buscar um profissional especialista para ministrar o treinamento da equipe multiprofissional, solicitando sua presença através de um memorando da enfermeira para a Secretaria de Saúde, pois não é o propósito da unidade básica tratar casos mais graves, sendo que os profissionais devem encaminhar os idosos que necessitem de cuidados e exames mais complexos para os devidos hospitais que são referência na área necessária.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

A capacitação será oferecida para toda a equipe técnica da unidade básica, e será realizada pelo médico e pela enfermeira, objetivando uma observação prévia dos problemas dos idosos da comunidade. Essa capacitação será realizada na primeira e segunda semana da intervenção, e ao longo da intervenção serão realizadas capacitações quando houver necessidade, onde serão apresentados casos clínicos específicos e as formas adequadas de examinar clinicamente.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Esta capacitação será realizada pelo médico, nas duas primeiras semanas da intervenção. Tal capacitação deve ser realizada a cada seis meses, abordando sempre as técnicas adequadas de registro, as principais mudanças nos registros e como realizá-los de maneira adequada. Terá duração de aproximadamente meia hora.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

A capacitação será realizada pelo médico, sendo oferecida para toda a equipe da unidade básica, na primeira semana da intervenção, com duração de aproximadamente vinte minutos. É importante que esse treinamento ocorra a cada seis meses, para abordar os principais exames complementares, quando solicitar exames complementares e a importância de tais exames.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

A atualização deve ser realizada pela enfermeira, sendo oferecida para os técnicos de enfermagem e aos ACS. A enfermeira deve atualizar a equipe levando sempre informações sobre os manuais do Ministério da Saúde, abordando as principais modificações, o público alvo desse programa, formas de diagnosticar, como acompanhar esse usuário, dentre outros assuntos importantes a respeito do tratamento. Serão realizadas novas atualizações de acordo com as necessidades que forem percebidas na equipe ao longo do tempo.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

A capacitação será realizada pelo médico para toda a equipe, contudo é importante a participação de todos os ACS, uma vez que eles, em suas visitas, poderão levar as informações sobre o acesso aos medicamentos da população que é atendida pelo programa hiperdia, principalmente das medicações da Farmácia Popular de maneira gratuita. Durante essa capacitação, o médico deverá abordar as seguintes temáticas: os medicamentos indicados para esse público, a importância das medicações para o tratamento dos idosos e as principais formas para a obtenção desses medicamentos na farmácia popular. Essa capacitação ocorrerá na primeira semana de intervenção, e terá duração de aproximadamente vinte minutos.

Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

A capacitação deverá ser realizada pela enfermeira que abordará a importância do cadastramento dos idosos e a maneira de abordar esse idoso acamado. É importante que a equipe faça um mapeamento dos idosos acamados na área de abrangência e assim realize um planejamento das ações que serão executadas. Durante essa capacitação, é necessário que haja um momento de discussão de situações que podem ocorrer durante esse cadastramento para toda a equipe possa propor soluções. A capacitação ocorrerá na segunda semana de intervenção e terá duração de aproximadamente trinta minutos.

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Durante a capacitação na primeira semana de intervenção, que será realizada pela enfermeira, os ACS, serão orientados sobre o cadastramento, identificação e acompanhamento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de acordo com as portarias do Ministério da Saúde.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

A orientação será realizada pela enfermeira por meio de reuniões mensais com todos os ACS. Durante essa reunião serão abordados pontos que facilitem o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar, em seguida, serão colocadas situações (casos clínicos) onde a equipe fará o reconhecimento de quem necessita dessas visitas.

Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

A capacitação será realizada a cada seis meses, iniciando na primeira semana de intervenção, pela enfermeira, para todos os funcionários da unidade básica. Durante essa capacitação, a enfermeira terá que abordar aspectos anatômicos e fisiológicos, em seguida, abordará a importância da verificação periódica da Pressão Arterial e a importância do uso adequado do manguito. É importante que ocorra um momento prático que seja supervisionado pela enfermeira para que os erros possam ser corrigidos.

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

A capacitação deverá ser realizada pelo médico e a enfermeira, e ocorrerá, pelo menos, uma vez ao ano, iniciando na segunda semana de intervenção. Durante essa capacitação, é importante que se aborde aspectos anatômicos e fisiológicos, hipertensão e diabetes e quais situações são indicadas a realização do hemoglicoteste. É importante que, durante essa capacitação, a equipe disponha de

material para a realização de um momento prático supervisionado para que a equipe possa realizar treinamento e aprender como realizar o exame.

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

A capacitação deve ser feita por um odontólogo de outra unidade de saúde, que será solicitado pela enfermeira para a secretaria de saúde, para todos os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. A abordagem dessa capacitação deve ser quanto a orientação da importância da periodicidade de visitas ao odontólogo, reforço da importância do uso de fio dental, escovas de dentes (incluindo as boas condições dessa escova de dentes e indicação para troca da mesma), bem como das visitas ao profissional. Serão capacitados para reconhecer problemas bucais mais prevalentes na população idosa, reconhecendo a necessidade de avaliação de um profissional de odontologia.

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

A capacitação da equipe para o acolhimento será através de reuniões que tratem sobre a importância do acolhimento do idoso. Esta capacitação poderá ser feita em roda de diálogo com a utilização de tecnologias leves (folder, cartilha, apresentação de slide, entre outros) abordando o tratamento ao idoso conforme os aspectos éticos e individuais dessa faixa etária, considerando respeito, prioridade, paciência e tempo de espera. Será ministrada pela enfermeira, e terá duração de aproximadamente trinta minutos, e será realizada na primeira semana de intervenção.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

A capacitação da equipe para realizar o cadastramento e identificação de idosos para o serviço odontológico será realizado pelo médico e pela enfermeira, na segunda semana de intervenção, pontuando o cadastramento de todo e qualquer idoso existente na área de cobertura da Unidade Básica de Saúde. Também será através de reuniões com profissionais especializados, que serão solicitados à secretaria de saúde pela enfermeira, que serão orientados para os problemas mais

incidentes nessa faixa etária sugestivos de encaminhamento para o serviço odontológico (dentre eles: edentulismo, mucosites, câncer bucal e total ausência de dentes sem substituição de próteses, entre outros) bem como a ida ao dentista para realização de procedimento profilático.

Capacitar os ACS para captação de idosos.

A capacitação do ACS para a captação de idosos será feita pelo médico e pela enfermeira, por meio de minicursos dentro da própria Unidade Básicas de Saúde, atentando para os seguintes pontos: a importância de tal captação para a saúde bucal do idoso, identificação precoce dos fatores de exposição do idoso a riscos para o desenvolvimento de problemas bucais, planejamento e execução de ações de promoção à saúde bucal do idoso e concluindo com a abordagem desses aspectos em visita domiciliar. Será realizado na segunda semana de intervenção, com duração de aproximadamente trinta minutos.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Como na unidade não há dentistas na equipe, não poderá ser realizada capacitação aos cirurgiões dentistas.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde

Toda a equipe (médico, enfermeira, técnico em enfermagem e ACS) serão responsáveis pelo monitoramento da periodicidade das consultas dos idosos, mediante o acompanhamento das carteiras da pessoa idosa durante as consultas e visitas domiciliares. Também será avaliado as fichas espelhos pela enfermeira, uma vez ao mês, para avaliar se a periodicidade das consultas está de acordo com o protocolo.

Eixo de organização e gestão do serviço

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

As visitas domiciliares serão organizadas pela enfermeira da Unidade Básica de Saúde. É importante que os ACS, sob coordenação da enfermeira e do médico, realizem o rastreamento desses sujeitos para identificação dos faltosos e em seguida, planejar as ações de busca dos mesmos, podendo assim organizar um cronograma de visitas com toda a equipe de saúde.

Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares

As ACS quando realizarem a busca ativa de faltosos, encaminhará os nomes dos usuários visitados e que se comprometeram em retornar ao atendimento, e solicitará que a enfermeira, que cuida da marcação de consultas na agenda, marque uma consulta o mais breve possível. Terão ainda mais prioridade os idosos que também são assistidos pelo programa Hiperdia.

Eixo de Engajamento público

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Esta ação será realizada por todos os membros da equipe, sendo que se aproveitará o contato com os usuários nas consultas, além de conversas na sala de espera, e nos trabalhos em grupo. As ACS também informarão a comunidade nas visitas domiciliares e no contato com a comunidade.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

A equipe se responsabilizará em ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos e sobre outros assuntos que a comunidade quiser

opinar, além de incentivar para que a comunidade exerça seu direito de participar das decisões da UBS. As ACS terão importante papel nesta ação, pois estão em contato direto com a comunidade.

Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Esse esclarecimento poderá ser realizado em três momentos: quando o idoso comparecer em consultas com o médico e a enfermeira, onde esse profissional fará esclarecimentos sobre tal periodicidade; durante a visita domiciliar, onde o ACS reforçará tais informações; e também nos trabalhos em grupo com os idosos.

Eixo qualificação da prática clínica

Ações:

Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

O médico e a enfermeira devem realizar um treinamento que aborde os aspectos referentes a saúde do idoso, enfatizando a importância da realização de consultas. Durante esse treinamento, a equipe deve ser colocada em situações que levem o ACS a refletir sobre o que fazer em determinados momentos como o não entendimento por parte do idoso ou a negação do idoso em querer se consultar. Esse treinamento será realizado junto com a capacitação na primeira e segunda semana de intervenção.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

A periodicidade das consultas podem ser estabelecidas entre a equipe dependendo da comorbidade mais frequente que atinge a comunidade e ser adaptada conforme situações extraordinárias. O médico em conjunto com a enfermeira serão os responsáveis por discutir a melhor periodicidade com a equipe, durante toda a intervenção, sempre que necessário.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ações:

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

A enfermeira e o médico realizarão o monitoramento dos registros semanalmente, mediante a revisão dos prontuários e fichas espelho. Para avaliar a qualidade dos registros de idosos acompanhados na unidade de saúde, é importante que os profissionais que realizaram o preenchimento estejam presentes durante esse monitoramento.

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

O monitoramento dos registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa dar-se-á pelo técnico de enfermagem sempre que o usuário dirigir-se a Unidade Básica de Saúde em busca de qualquer serviço. Neste momento, caberá a este profissional realizar a checagem de todos os agendamentos (incluindo consultas, realização de exames, encaminhamentos, entre outros) e providências.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

A enfermeira será responsável por atualizar as informações do SIAB. Tais informações serão geradas e alimentadas no sistema mensalmente.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

A implantação dar-se-á sob responsabilidade da enfermeira com a utilização de recursos tecnológicos e programas informacionais (como o Microsoft Office Excel) alimentados com dados específicos do atendimento ao idoso. A ficha

espelho também será implantada já na primeira semana de intervenção e pactuado o seu preenchimento com a equipe. As fichas espelho serão solicitadas a impressão para a secretaria de saúde pela enfermeira.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

A pactuação com a equipe no registro de informação será através de capacitação oferecida pelo médico, e enfermeira da Unidade Básica de Saúde de forma regular expondo a importância do registro adequado de todos os dados para gerar produção do estabelecimento de saúde.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

O responsável pelo monitoramento dos registros definir-se-á através de reunião mediada pelo enfermeiro em que poderá ser estabelecimento por consenso a escolha do profissional encarregado a esta função.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

A enfermeira mensalmente irá avaliar as fichas espelhos e, se necessário, os prontuários clínicos dos usuários cadastrados no programa, com a finalidade de avaliar atrasos em consultas ou exames, ou demais procedimentos preconizados pelo protocolo. Os procedimentos em atraso serão criados um sinal de alerta nas fichas espelho, para que seja visualizado facilmente para que seja realizada busca ativa ou que se realize o procedimento na próxima consulta do idoso.

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A solicitação de caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será solicitada pela enfermeira da unidade ao Gestor, antes mesmo do início da intervenção, por meio de documentos oficiais como Ofícios, Memorandos e Solicitações. Essa solicitação

poderá ser estabelecida em períodos regulares, podendo haver solicitação extraordinárias com justificativas.

Eixo do engajamento público.

Ações:

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

A equipe de saúde juntamente com o líder comunitário deverá ter a responsabilidade de orientar de forma coletiva e individual, sempre que possível em rodas de diálogos, visitas domiciliares e/ou em consultas direcionadas, quanto à abertura de novos registros de saúde e a importância da manutenção dos registros já existentes, bem como a verificação do acompanhamento do usuário nas consultas, a verificação de exames, medicações oferecidas pelo serviço, entre outros. Em casos de perda do registro, far-se-á necessário o direcionamento deste usuário à Unidade Básica de Saúde com os documentos de identificação e documentos que comprovem o vínculo dele com o estabelecimento (laudos médicos, receitas, exames, entre outros).

Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

A equipe de saúde deve, através de orientações, de forma individual e/ou coletiva, reforçar o valor da caderneta com importância de identificação do idoso, sendo ela um comprovante de vínculo com o estabelecimento, contendo número do prontuário, consultadas agendadas, presença em consulta, profissional que agendou ou que atendeu aquele idoso, entre outros.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ações:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Será realizado minicursos pela enfermeira para a equipe de saúde, em que serão abordados a importância do preenchimento dos dados exigidos no cadastramento do idoso para que na ausência do dele e/ou do acompanhante,

possam ser planejadas atividades de promoção à saúde conforme a limitação de cada usuário. Essa ação será realizada na primeira semana de intervenção, junto com a capacitação da equipe, e terá duração de aproximadamente vinte minutos.

Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Será realizado minicursos pela enfermeira para a equipe de saúde, onde será abordado o correto preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa. Essa ação será realizada na primeira semana de intervenção, com duração de aproximadamente quinze minutos.

Objetivo 5. Mapear idosos de risco da área de abrangência.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ações:

Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Esse monitoramento será realizado pela enfermeira, através do exame das fichas espelho, mensalmente. Será avaliado também nas fichas espelho se todas as ações necessárias a estes usuários de risco estão em dia.

Monitorar o número de idosos para indicadores de fragilização na velhice.

Esse monitoramento será realizado pela enfermeira, através do exame das fichas espelho, mensalmente. Será avaliado também nas fichas espelho se todas as ações necessárias a estes usuários avaliados com fragilização na velhice estão em dia.

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Esse monitoramento será realizado pela enfermeira, uma vez ao mês, através de exame das fichas espelho, avaliando se esta e as demais ações estão em dia.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Esse monitoramento será realizado pelo técnico de enfermagem em parceria com os ACS, todos os dados que o ACS colher durante a visita domiciliar deverão ser compartilhadas com a equipe, para que se intervenha caso seja necessário. O monitoramento dos idosos com rede social deficiente será realizado uma vez ao mês.

Eixo de Organização e gestão do serviço**Ações:****Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.**

Os idosos com maior risco de morbidade serão atendidos de forma prioritária, ou seja, serão atendidos sempre que necessário no mesmo turno de atendimento que ele compareceu na UBS, através de consultas de encaixe, ou será agendado consulta o mais breve possível, caso seja constatado pelos ACS a necessidade de avaliação médica. Para que isso aconteça, deverá ser criado um protocolo de prioridades que será discutido pelo médico e pela enfermeira, e é importante que essas informações sejam repassadas para a comunidade.

Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Os idosos com fragilização na velhice serão atendidos de forma prioritária, ou seja, serão atendidos sempre que necessário no mesmo turno de atendimento que ele compareceu na UBS, através de consultas de encaixe, ou será agendado consulta o mais breve possível, caso seja constatado pelos ACS a necessidade de avaliação médica. Para que isso aconteça, deverá ser criado um protocolo de prioridades que será discutido pelo médico e pela enfermeira, e é importante que essas informações sejam repassadas para a comunidade.

Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente

Os idosos com rede social deficiente serão atendidos de forma prioritária, ou seja, serão atendidos sempre que necessário no mesmo turno de atendimento que

ele compareceu na UBS, através de consultas de encaixe, ou será agendado consulta o mais breve possível, caso seja constatado pelos ACS a necessidade de avaliação médica. Caso se avalie a necessidade de visita domiciliar, esta será priorizada para ser realizada o mais breve possível. Para que isso aconteça, deverá ser criado um protocolo de prioridades que será discutido pelo médico e pela enfermeira, e é importante que essas informações sejam repassadas para a comunidade.

Eixo do engajamento público

Ações:

Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Essa orientação será realizada pelo médico e pela enfermeira durante as consultas periódicas dos idosos. É importante que o profissional tenha uma abordagem de fácil entendimento, para que o idoso possa compreender as orientações que lhe foram dadas.

Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Essa orientação deverá ser realizada pelo ACS durante sua visita domiciliar, levando sempre em consideração as suas observações. Também será realizado pelo médico e pela enfermeira durante as consultas periódicas dos idosos. É importante que o profissional tenha uma abordagem de fácil entendimento, para que o idoso possa compreender as orientações que lhe foram dadas.

Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Essas orientações devem ser realizadas pelo ACS durante as visitas domiciliares, e pelos profissionais que atuam na unidade de saúde, é importante que ocorra reuniões entre a equipe e a comunidade para que essa temática seja abordada e as questões básicas possam ser esclarecidas.

Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

A equipe que trabalha na unidade de saúde atuará em parceria com a comunidade para estimular a socialização da pessoa idosa em atividades. Os profissionais devem estimular os idosos a se envolverem em grupos de trabalho nas igrejas e escolas, além disso, é importante a realização de rodas de conversa para a comunidade que incentivem a participação desses idosos em tais atividades.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ações:

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

A capacitação deverá ser realizada pelo médico e oferecida para toda a equipe de saúde na unidade básica de saúde, será abordado aspectos que facilitem a identificação das morbidades para então, aprimorar o conteúdo, focando nos registros, é importante que se tenha uma discussão aberta, em que todos possam colocar suas dúvidas. Essa capacitação deverá ser realizada a cada seis meses, seguindo um cronograma pré-estabelecido pela equipe. Será iniciada a capacitação na primeira semana da intervenção, e terá duração de aproximadamente vinte minutos.

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

A capacitação deverá ser realizada pelo médico e oferecida para toda a equipe de saúde na unidade básica de saúde, será abordado aspectos que facilitem a identificação dos indicadores de fragilidade na velhice para então, aprimorar o conteúdo focando nos registros. É importante que se tenha uma discussão aberta, em que todos possam colocar suas dúvidas. Essa capacitação deverá ser realizada a cada seis meses, seguindo um cronograma pré-estabelecido pela equipe. A capacitação se iniciará na primeira semana da intervenção.

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

A capacitação será realizada pela enfermeira, aproveitando o dia da reunião mensal, iniciando na primeira semana de intervenção, com duração aproximada de vinte minutos. Durante essa capacitação, que ocorrerá na unidade básica, será abordado as seguintes temáticas: rede social da pessoa idosa, a importância dessa rede social e como avaliar essa rede. Ao final, os profissionais deverão passar por avaliação para observação do que foi assimilado.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

O monitoramento da realização da orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis será feito pela técnica em enfermagem por meio da observação das fichas espelho e, se necessário, dos prontuários, monitorando as ações de promoção de saúde que foram realizadas aos usuários da UBS. Esse monitoramento será realizado uma vez ao mês.

Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

O monitoramento do número de idosos com obesidade/desnutrição será feito pela técnica em enfermagem por meio da observação das fichas espelho e, se necessário, dos prontuários, monitorando as ações de promoção de saúde que foram realizadas aos usuários da UBS. Esse monitoramento será realizado uma vez ao mês.

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

O monitoramento da realização de orientação de atividade física regular será feito pela técnica em enfermagem por meio da observação das fichas espelho e, se necessário, dos prontuários, monitorando as ações de promoção de saúde que

foram realizadas aos usuários da UBS. Esse monitoramento será realizado uma vez ao mês.

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

O monitoramento do número de idosos que realizam atividade física regular será feito pela técnica em enfermagem por meio da observação das fichas espelho e, se necessário, dos prontuários, monitorando as ações de promoção de saúde que foram realizadas aos usuários da UBS. Esse monitoramento será realizado uma vez ao mês.

Monitorar as atividades educativas individuais.

O monitoramento das atividades educativas educacionais individuais será feito pela técnica em enfermagem por meio da observação das fichas espelho e, se necessário, dos prontuários, monitorando as ações de promoção de saúde que foram realizadas aos usuários da UBS. Esse monitoramento será realizado uma vez ao mês.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ações:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

O papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis definir-se-á através de reunião mediada pela enfermeira em que poderá ser estabelecimento por consenso a escolha das atribuições de profissional encarregado a esta função. Isso ocorrerá na primeira semana da intervenção.

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

O papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular definir-se-á através de reunião mediada pela enfermeira em que poderá ser estabelecimento por consenso a escolha das atribuições de profissional encarregado a esta função. Ocorrerá na primeira semana da intervenção.

Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Será de atribuição da enfermeira mostrar ao gestor municipal a importância do exercício físico para o hábito de vida saudável em reunião que fossem dadas a oportunidade de apresentar as comorbidades que afetam aquela área de abrangência, para que, então, por meio de documentos oficiais, possam ser solicitados parcerias que viabilizem as práticas de atividades físicas.

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

A organização do tempo médio de consultas será de responsabilidade da enfermeira em conjunto com o médico, com a finalidade de garantir, nas consultas, orientações de nível individual. Essa organização poderá levar em consideração tempo diário do profissional no serviço, dividido pelo número de usuários agendados para o dia, considerando também o tipo de consulta a ser realizada, por exemplo: se primeira consulta, se retorno, entre outros.

Eixo do engajamento público.

Ações:

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

A orientação dos idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis será feita por todo e qualquer profissional da equipe de saúde através do contato com os idosos na UBS, e também em rodas de conversas, mutirões, entre outros, desde que anteriormente estes tenham

passado por capacitação para orientações adequadas mediadas pelo médico ou enfermeira.

Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

A orientação dos idosos e da comunidade para a realização de atividade física regular será feita por todo e qualquer profissional da equipe de saúde através de rodas de conversas, mutirões, entre outros, desde que anteriormente estes tenham passado por capacitação para orientações adequadas mediadas pelo médico ou enfermeira.

Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

A orientação dos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias será feita por todo e qualquer profissional da equipe de saúde através de rodas de conversas, mutirões, entre outros, desde que anteriormente estes tenham passado por capacitação para orientações adequadas mediadas pelo médico ou enfermeira.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

A capacitação da equipe para promoção de hábitos alimentares saúde poderá ser feito através de capacitação ou minicursos regulares mediados pelo médico ou enfermeira baseado nos “Dez passos para alimentação saudável” ou no “Guia alimentar para a população brasileira” destinados a equipe de saúde. Será realizado na UBS, na primeira e segunda semana de intervenção, com aproximadamente 20 minutos de duração.

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

A capacitação da equipe para orientação nutricional específica será feita através de rodas de conversas regulares mediados pelo médico ou enfermeira destinados ao grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Será realizado na UBS, na primeira e segunda semana de intervenção, com aproximadamente 20 minutos de duração.

Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

A capacitação da equipe para orientação sobre a realização de atividade física regular será feita através de rodas de conversas regulares mediados pelo médico ou enfermeira destinados ao grupo de idosos. Será realizado na UBS, na primeira e segunda semana de intervenção, com aproximadamente 20 minutos de duração.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

A capacitação da equipe deve oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias será feito através de minicursos regulares mediados pelo médico ou enfermeira destinados a equipe de saúde. Será realizado na UBS, na primeira e segunda semana de intervenção, com aproximadamente 20 minutos de duração.

2.3.2 Indicadores

Relativas ao objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no Programa.

Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Numerador: Número de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia sobre higiene bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Saúde do Idoso, vamos adotar a última versão dos protocolos do Ministério da Saúde (MS) 2006, então utilizaremos a ficha de cadastro de Saúde do Idoso e a ficha espelho (anexo C), que disponibilizada pelo curso da UFPel, entretanto gostaria de lembrar que a

ficha não prevê a coleta de informações sobre a saúde bucal do usuário, dado importante para o acompanhamento e motivo pelo qual pretendo, desenvolver uma ficha complementar para coletar esses dados.

Para a realização da intervenção solicitaremos aos gestores o material necessário para a impressão das fichas, e contamos com o apoio para a obtenção de esfigmomanômetro e estetoscópios, além de glicosímetro, balança, fita métrica para auxiliar nas aulas de capacitação. Por nossa iniciativa própria, forneceremos papel branco, canetas e elaboraremos cartazes para esclarecer as informações à comunidade.

Para organizar o registro específico do programa, as técnicas de enfermagem e enfermeira localizarão os prontuários dos usuários atendidos nos últimos três meses, e ao mesmo tempo se efetuará o primeiro monitoramento em conjunto com a enfermeira, anexando-se consultas atrasadas, falta de exames complementares, etc.

Para melhorar o acolhimento e diagnóstico precoce destes usuários, toda pessoa com 60 anos ou mais que compareça à UBS, independente do motivo, será aferida a pressão arterial na sala de triagem pela técnica de enfermagem, que notificará a enfermeira se existir alteração da mesma. A enfermeira realizará as indicações pertinentes, e fará uma avaliação multidimensional rápida, solicitará exames e agendará a consulta com o médico. Na agenda de consultas vão ficar reservadas vagas disponíveis para estes usuários.

No caso de pessoas com risco definido para diabetes, será realizado hemoglicoteste de estar por acima de 220mg/dL será avaliado no momento. O atendimento poderá ser feito qualquer dia da semana, mas ficará estabelecido um dia específico da semana para acompanhamento de idosos que padeçam de hipertensão ou de diabetes, neste dia se avaliará IMC, se medirá circunferência abdominal, glicemia capilar (será realizado pela técnica de enfermagem na sala de triagem) e se receberá atendimento pela enfermeira ou médico, cumprindo os protocolos do atendimento. Onde todos os materiais para realizar as consultas e exames serão solicitados ao gestor por meio de ofício e o controle de estoque será de responsabilidade da enfermeira.

Para garantir adesão dos usuários ao Programa, semanalmente se atualizará o registro do acompanhamento dos usuários que será feito através dos prontuários realizado pela técnica de enfermagem e quinzenalmente serão monitorados no registro pela enfermeira, os usuários faltosos, assim como viabilizar situações de alerta, o qual será realizado em conjunto ACS e técnicas de enfermagem. A busca ativa será feita em conjunto com os ACS e técnicas de enfermagem através de visitas domiciliares nas terças e quintas-feiras em dois turnos quinzenalmente com o carro da enfermeira e do médico, pois a Prefeitura não disponibiliza transporte e por telefonemas, então na reunião da equipe a enfermeira organizará as visitas domiciliares juntamente com os ACS a estes usuários, os que tiveram ausências repetitivas, e com risco para morbimortalidade serão a prioridade para o médico e a enfermeira. Posterior a isso, serão agendadas as consultas para estes usuários em dois turnos de forma organizada nos dias de atendimento de forma prioritária.

Para promover a saúde dos idosos:

Trataremos de realizar avaliação odontológica, marcando com o odontólogo de outra equipe de saúde da família, esta será feita pelo menos uma vez ao ano e o odontólogo definirá o acompanhamento tendo em conta as peculiaridades individuais de cada usuário, e estará disponibilizada a consulta duas vezes ao mês em duas sessões de trabalho da odontologia o qual poderá ser agendada a consulta pelos ACS ou outros membros da equipe, além de que o próprio usuário possa agendar sua consulta com a equipe de saúde bucal. O atendimento ficará registrado no prontuário e serão monitorados junto aos demais indicadores de forma quinzenal.

Realizaremos palestras educativas de 15 minutos aproximadamente, palestras pelo médico e pela enfermeira, cujos materiais necessários para abordar ditos temas serão notebook e projetor multimídia (data show), onde a divulgação será feita através dos ACS em visitas domiciliares de forma quinzenal com apoio do NASF e tentaremos localizar uma nutricionista, onde abordaremos os temas relacionados com alimentação saudável e a importância da atividade física. Nas consultas médicas e de enfermagem e nas visitas domiciliares feitas pelos integrantes da equipe de saúde da família, orientaremos sobre estes temas, também ficando registrada nos prontuários de cada usuário.

Para garantir o engajamento público nestas ações:

Realizaremos divulgação do programa Saúde do Idoso, para dar a conhecer o atendimento realizado na UBS para estes usuários, fatores de risco da doença, forma de acompanhamento destes usuários, detecção precoce, importância das consultas, suas periodicidades, etc.

Para desenvolver esta ação realizaremos murais com a divulgação de dicas de prevenção destas doenças além de outras informações relacionadas com o tema, além de utilizar a caderneta do idoso que será solicitada ao gestor um número suficiente de cadernetas. Mais adiante os materiais serão fornecidos pela secretária da saúde e serão solicitados através de ofício.

Para viabilizar a ação de capacitação da equipe:

Começaremos com uma prova para medir os conhecimentos em hipertensão e diabetes antes e depois da intervenção, e durante a intervenção vamos fazer uma capacitação sobre o manual o protocolo de atendimento da pessoa idosa, a mesma ocorrerá na própria UBS, utilizando uma hora da reunião da equipe, semanalmente um membro da equipe estudará um eixo dos compreendidos no protocolo e vai expor o conteúdo aos outros membros da equipe, além de facilitar o intercâmbio e trocas de experiências, todavia, precisará do auditório e de um computador disponibilizados em nossa UBS, além do caderno de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, nestes momentos disponíveis só em versão digital. Depois vamos a fazer uma comparação e conhecer se há melhorias ou não em conhecimentos sobre estas doenças depois da intervenção.

3 Relatório da Intervenção

Ao final da intervenção realizada, obtivemos resultados positivos. Foram semanas de intenso trabalho, com mistura de alegrias e tristezas, mas cheias de muita dedicação, amor e principalmente união, o que ajudou ao excelente desenvolvimento da intervenção.

Todas as ações a serem desenvolvidas no transcurso da intervenção, apesar de certas dificuldades durante o desenvolvimento, foram realizadas, umas de maneira parcial e outras em sua totalidade segundo o planejado.

Todas as ações de capacitações previstas para serem realizadas nas primeiras semanas da intervenção foram postas em prática com êxito, com a participação de todos os membros da equipe e o pessoal da unidade, os quais contribuíram positivamente para a realização da intervenção. Antes de dar início a ela, tivemos algumas dificuldades, tais como: a estrutura deficitária da UBS, a falta de material adequado, a falta de transporte, a falta de medicamentos, a falta de água encanada, mas com o apoio da equipe, tudo foi feito com ótima qualidade, alcançando o objetivo de levar a conhecimento de todos orientações sobre a atenção aos usuários, e confesso que aprendi coisas que até desconhecia.

Durante a intervenção, foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe na ação programática, concordando todos com o pactuado e cumprindo as suas tarefas de forma satisfatória, mostrando que quando se trabalha como uma equipe unida, tudo é alcançado.

Com a chegada das chuvas no Amapá, tivemos certa dificuldade com o número de usuários faltosos às consultas na comunidade, mas graças aos esforços

e à união da equipe, além do entusiasmo para cumprir os objetivos, superamos essas dificuldades e aprimorar a realização das ações.

No transcurso da intervenção, foram utilizadas as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso, o qual nos permitiu o monitoramento dos indicadores, como busca ativa de usuários faltosos ou com atraso à consulta, entre outros, o que favoreceu o desenvolvimento do projeto adequadamente e facilitou detectar alguma dificuldade. No curso da intervenção, a equipe se reuniu e planejamos soluções para melhorar os indicadores. Mas tudo deu certo e com bons resultados com relação às metas propostas.

Com o início da intervenção, foi reorganizada a agenda de trabalho para melhorar o acolhimento dos usuários, oferecendo atendimentos todos os dias da semana em dois horários e deixando sempre duas vagas por dia para acolher os usuários provenientes da busca ativa na comunidade. Iniciando a intervenção, tivemos a reunião com o gestor, que ofereceu todo o seu apoio para o desenvolvimento de nosso trabalho.

As ações para que a comunidade e as lideranças da comunidade tomassem conhecimento sobre nosso projeto e a sua importância foram realizadas na sua totalidade, através de trabalhos com grupo de usuários realizados na unidade, no transcurso das consultas, na comunidade, durante as visitas domiciliares, também nas ações de saúde realizadas na comunidade e nas escolas, onde as lideranças e até os trabalhadores dessas instituições nos apoiaram positivamente na realização de nossa intervenção. No princípio, foi de certa forma trabalhoso incorporar a população ao projeto, pois não estavam acostumados com estas novas formas de trabalho, mas, na medida em que avançou a intervenção, foram se engajando cada vez mais pessoas e melhoramos muito neste aspecto. Hoje, quase toda a totalidade da nossa comunidade conhece o programa e estão conscientes da importância dele para melhorar a saúde.

Garantimos o exame clínico apropriado dos usuários, capacitando os membros da equipe com a qualidade requerida para sua realização. Cada membro da equipe executou bem o seu papel neste aspecto e alcançamos os nossos objetivos. A população foi informada adequadamente, quanto às doenças mais

prevalentes nos idosos, os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas como consequência da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, além de saber os fatores de risco do tabagismo e a importância de ter uma vida saudável, evitando assim o sedentarismo.

Mas, com respeito à realização dos exames complementares dos usuários, apresentamos certos problemas, porque os usuários já estão cientes das complicações na realização destes exames, pois necessitam ir a outra UBS para realizá-los ou devem ir a um laboratório particular. Apesar dos exames serem indicados na primeira consulta, em muitos casos, nem todos estavam com estes em dia, primeiro porque em nossa unidade não há laboratório, segundo porque a maioria da população é de classe baixa, não podendo pagar para fazer em instituições particulares, e nos hospitais ocorre demora na marcação devido à quantidade de usuários precisando deste serviço. Fizemos uma reunião, tomando como estratégia a permissão para eles realizassem os exames nas duas unidades de saúde que ficam perto da nossa unidade, as quais há laboratórios funcionando, o que melhorou esta dificuldade.

A farmácia da unidade está com boa quantidade e variedade de medicamentos para os usuários. No início, existia escassez de alguns deles, mas com ajuda do gestor, foi feito um estudo segundo a demanda destes usuários garantindo o abastecimento dos medicamentos, os quais não faltam até hoje.

Em relação à avaliação das necessidades de atendimento odontológico apresentamos dificuldades, pois na unidade básica não há serviço odontológico, porque a unidade básica não tem estrutura para isso, além da falta de água encanada por não ter bomba de água.

Assim, foram realizadas as orientações necessárias e encaminhamos os usuários a outra unidade, onde há serviço de odontologia, e a população ficou agradecida. Assim se deu o desenvolvimento desta atividade, além de fazer sempre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos os usuários cadastrados na intervenção.

Conseguimos melhorar a qualidade dos registros das informações, pois muitos não possuíam registros e outros apresentavam um preenchimento desastroso. Nesse momento, todos os usuários cadastrados na unidade de saúde têm a ficha espelho em dia para garantir a realização do monitoramento.

Todos os usuários cadastrados na intervenção têm feito a estratificação do risco cardiovascular. Uma vez mais agradeço pelo fornecimento dos materiais de nosso gestor, o que ajudou a melhorar este indicador a chegar em 100%.

As ações para promover a saúde aos usuários foram feitas na sua totalidade. Além disso, foram feitas atividades com os usuários sobre alimentação saudável e atividade física como estavam planejadas.

Desenvolvemos todas as ações previstas do cronograma com qualidade e obtivemos excelentes resultados com a população.

Quanto a sistematização e coleta dos dados da intervenção, posso dizer que não houve dificuldade nenhuma, assim como também não tive dificuldade no fechamento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores. Acredito que a planilha é uma ferramenta indispensável para conseguir monitorar os resultados da intervenção de forma sistematizada e organizada, dessa forma facilitou muito o nosso trabalho.

A minha equipe está muito motivada com os resultados obtidos durante a intervenção, estamos satisfeitos de ter incorporado as ações previstas no projeto à rotina dos nossos serviços. Vamos continuar trabalhando, mesmo depois da intervenção, com mais amor e mais experiência, e alcançaremos as metas em 100% para estes usuários, pois a população fica agradecida com a melhoria na qualidade de vida deles. Nossos principais objetivos a partir de agora serão melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde; melhorar a adesão dos idosos ao Programa Saúde do Idoso, melhorar o registro das informações, mapeando idosos de risco da área de abrangência e promover a saúde dos idosos.



Figura 1- Equipe em deslocamento para atendimento



Figura 2 – Visita domiciliar



Figura 3 - Unidade de saúde



Figura 4 – Atendimento médico



Figura 5 – Usuários na Unidade Básica de Saúde



Figura 6 - Usuários sendo atendidos pela equipe

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1. Manter a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1. Manter a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde em 100%.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

A minha unidade conta com um total da população da área adstrita de 1.100 habitantes, deles 50 são idosos, segundo cadastramento realizado pelos ACS durante a intervenção. Ao iniciar a intervenção, o total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na área e acompanhados na UBS era de 50 idosos, representando 89% de cobertura segundo a estimativa do Caderno de ações programáticas, mas o que na realidade representava 100% dos idosos cadastrados moradores da área de abrangência cadastrados pelas ACS. Como citado anteriormente neste volume, mesmo com a cobertura em 100%, optou-se pelo trabalho com o grupo dos idosos para melhorar alguns indicadores de qualidade e para que os ACS fizessem um cadastramento de todos os idosos moradores da área. Foi cadastrado na planilha apenas o usuário idoso atendido durante a intervenção. Sendo assim, no primeiro mês foram cadastrados 27 (54%) idosos, no segundo mês 48 (96%) idosos, no terceiro mês 50 (100%) idosos. O tempo da intervenção foi reduzido de quatro para três meses, por orientação do curso. Portanto, todos os valores foram contabilizados até o mês 3. Podemos perceber que a proporção dos usuários cadastrados no Programa foi aumentando

progressivamente no transcurso da intervenção, atingindo 100% da meta proposta. A seguir, se mostra a evolução deste indicador na Figura 1.

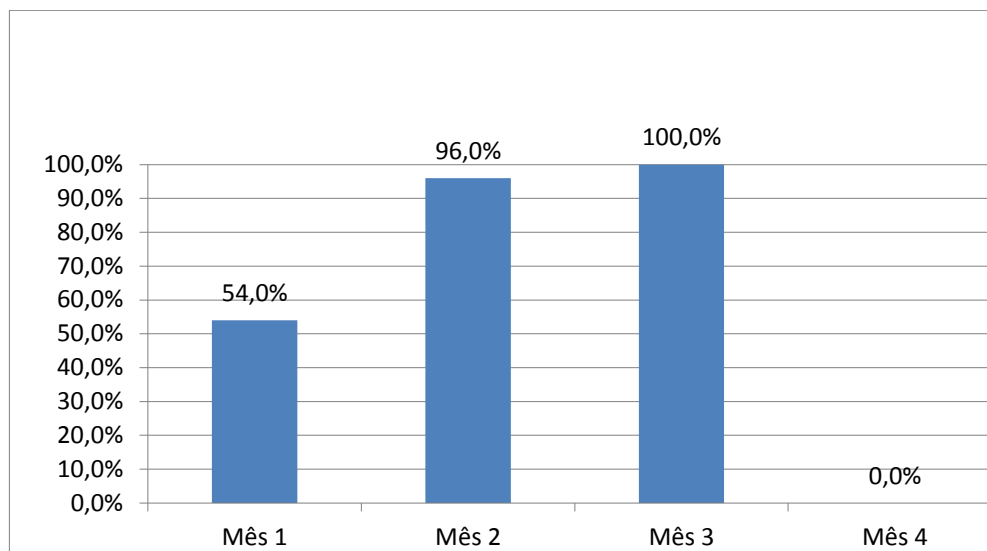


Figura 7. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.

Esta ação só foi possível ser realizada graças ao trabalho dos ACS (agente comunitário de saúde), os quais foram a pedra fundamental neste projeto, já que com o apoio incondicional, dedicação e amor, conseguimos intervir na população através de seu trabalho na comunidade: visitas domiciliares, rodas de conversa e acompanhamento destes usuários através das orientações dos profissionais, os quais foram capacitados. Além das intercorrências com relação ao clima, foram semanas que com muito esforço na unidade conseguimos cumprir com nosso objetivo de ter 100% de cobertura.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Analisando a proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia, posso dizer que durante toda a intervenção todos os usuários eram avaliados com exame clínico em cada consulta realizada, dessa forma se atingiu a meta

proposta mostrando uma proporção de 100% em todos os meses da intervenção, sendo 27 idosos no primeiro mês, 48 idosos no segundo mês, e 50 idosos no terceiro mês. Antes da intervenção, também tínhamos um bom indicador, com todos os 50 idosos com avaliação multidimensional rápida. Após o novo cadastramento dos idosos na intervenção, conseguiu-se manter a proporção do indicador.

O trabalho foi realizado pelo médico em conjunto com a equipe de enfermagem, onde utilizamos como modelo, dois instrumentos de apoio para classificação de risco e fragilidade: a proposta do Caderno de Atenção ao Idoso e o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável, que são parte importantíssima da nova Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, pois estes instrumentos propõem uma síntese do que deve ser realizado pela equipe com o objetivo de garantir qualidade de vida aos idosos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Através das ações realizadas durante a intervenção se conseguiu cumprir de maneira positiva este indicador chegando a 100% em todos os meses, sendo que no primeiro mês, 27 idosos estavam com exame clínico apropriado em dia, no segundo mês 48 idosos, e no terceiro mês finalizou-se a intervenção com 50 idosos com exame clínico apropriado. Antes da intervenção tínhamos este indicador em 100% (50 idosos).

Foi muito importante as capacitações realizadas pela enfermeira e pelo médico aos membros da equipe, baseadas nos protocolos atualizados disponibilizados do Ministério de Saúde, explicando para cada um deles o seu papel na realização da ação. Além disso, contamos com a privacidade requerida para realizar o exame clínico a estes usuários o qual nos favoreceu muito.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Em relação a proporção dos idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

apresentamos uma pequena queda depois do primeiro mês, havendo depois uma melhora no transcurso da intervenção. No primeiro mês atingimos a 8 dos 19 idosos (42,1%) com hipertensão e/ou diabetes com exames complementares em dia, no segundo mês a meta foi atingida com 20 dos 31 usuários (64,5%) idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados, no terceiro mês houve uma pequena queda e tivemos 20 dos 33 (60,5%) de hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo. Antes da intervenção contávamos com 50 idosos, sendo 20 hipertensos representando 40%, e 10 diabéticos, representando 20% segundo o caderno de ações programáticas, contudo eles não realizavam exames complementares periódicos pela falta de incentivo, além da falta de médico na Unidade Básica. Este era um dos indicadores que pretendíamos melhorar com a intervenção. A seguir a avaliação deste indicador é mostrada na figura 2.

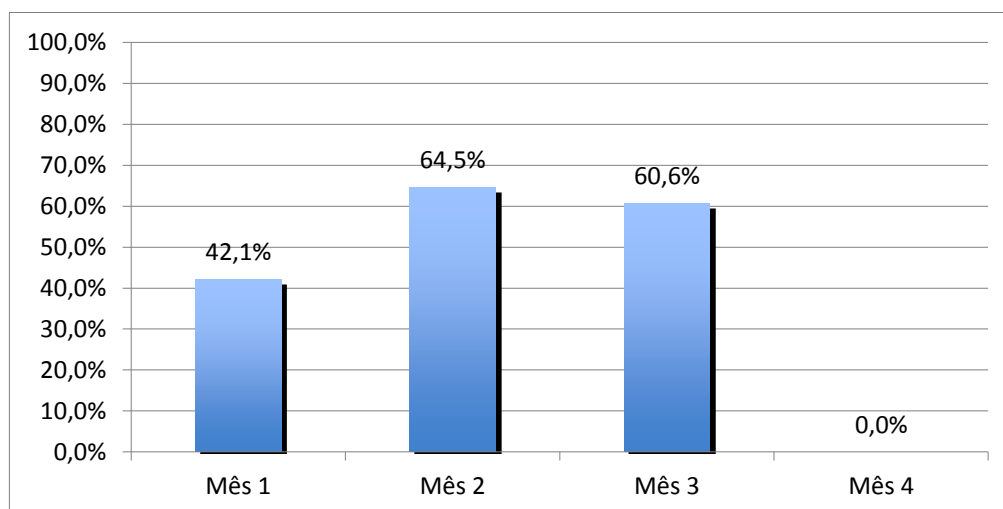


Figura 8. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.

Nesta meta não conseguimos atingir 100% dos idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares em dia, embora conseguiu-se melhorar este indicador. Apresentamos algumas dificuldades já que não contamos com o laboratório para a realização de exames e a minha comunidade não conta com um nível econômico alto, o que dificultou realizar os exames nos laboratórios privados, mas graças à ajuda do gestor e a equipe, tomamos como estratégia encaminhar para as unidades de saúde que tem laboratório e que ficam perto para que os usuários pudessem realizar os exames, o que melhorou este indicador.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Durante a intervenção, a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular no programa no primeiro mês, ficou em 14,8% (4 dos 27 idosos cadastrados), no segundo mês com 45,8% (22 dos 48 usuários cadastrados) e no terceiro mês com 48% (24 dos 50 idosos acompanhados). Antes da intervenção o número de idosos era o mesmo, contudo a desorganização e a falta de medicamentos faziam com que a comunidade não comparecesse regularmente às consultas, então, assim não tinha como priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular. A seguir a avaliação deste indicador é mostrada na figura 3.

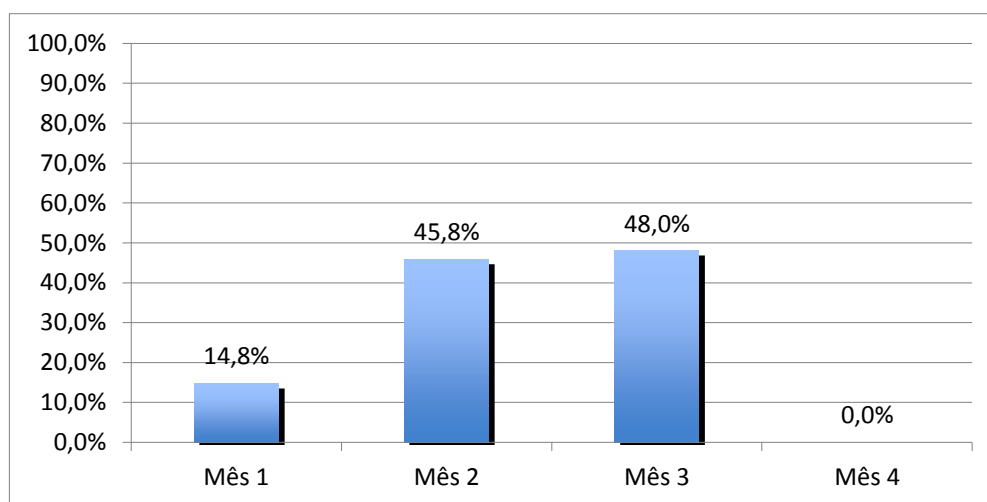


Figura 9: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

No início apresentamos certa dificuldade, já que a farmácia tinha medicamentos, só que não supriam a demanda dos usuários, mas se conseguiu melhorar o indicador depois que fizemos uma reunião em conjunto com a equipe, na qual se realizou um estudo do consumo de medicamentos segundo as necessidades dos usuários e assim garantimos esta demanda, o que deu certo. Além disso, contamos com o apoio das farmácias que tem convênios com o Governo Federal para providenciar os medicamentos do programa HIPERDIA gratuitamente, no caso de falta na UBS.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Antes e durante a intervenção, não apresentamos em nenhum dos meses usuários acamados ou com problemas de locomoção cadastrados dentro da área de abrangência.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Antes e durante a intervenção não houve necessidade de realizar visitas domiciliares a idosos acamados durante a intervenção, já que, como foi explicado na meta anterior, não havia usuários acamados ou com problemas de locomoção dentro da área de abrangência.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Antes da intervenção e pela desorganização que existia na UBS, apenas contávamos com 40 idosos rastreados para hipertensão arterial sistêmica, representando 60% dos idosos da área de abrangência, segundo o indicador do Caderno de Ações Programáticas. Com o início da intervenção, a enfermeira realizou um rastreamento de idosos para hipertensão, utilizando-se dos recursos cadastrais de cada usuário, fornecido pelos ACS, para rastrear semanalmente os idosos com HAS. Temos como resultados, no primeiro mês, todos os 27 idosos rastreados (100%) dos usuários cadastrados, no segundo mês, 46 dos 48 (95,8%) idosos rastreados, e no terceiro mês 48 dos 50 (96%) idosos acompanhados na unidade rastreados para HAS. A seguir, a avaliação deste indicador é mostrada na figura 4:

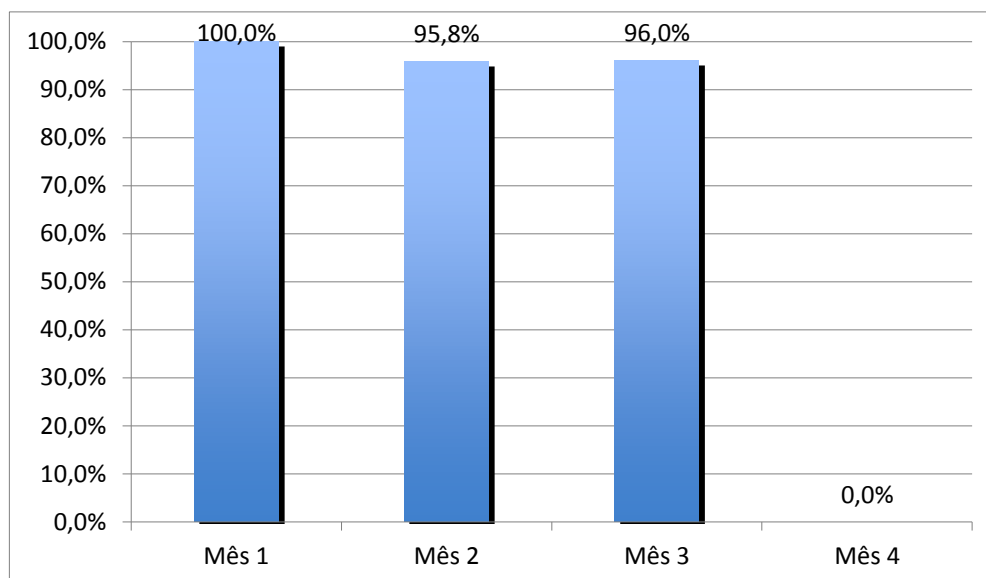


Figura 10: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Este indicador teve sucesso graças ao monitoramento realizado pela enfermeira Cristiane, que utilizou os recursos cadastrais de cada usuário provenientes da consulta com hipertensão arterial, fornecido pelos ACS, para rastrear semanalmente os idosos com HAS.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Antes da intervenção, a UBS não contava com esfigmomanômetro, o que impossibilitava o rastreamento dos idosos. Eu doeie à unidade um esfigmomanômetro, dando início a meta que devemos alcançar.

No primeiro mês, 8 dos 19 idosos cadastrados na unidade com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial (42,1%) foram rastreados para diabetes; no segundo mês, 17 dos 31 idosos (54,8%) foram rastreados; e finalmente no terceiro mês, 17 dos 33 idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial (51,5%) foram rastreados para diabetes. A seguir a avaliação deste indicador é mostrada na figura 5:

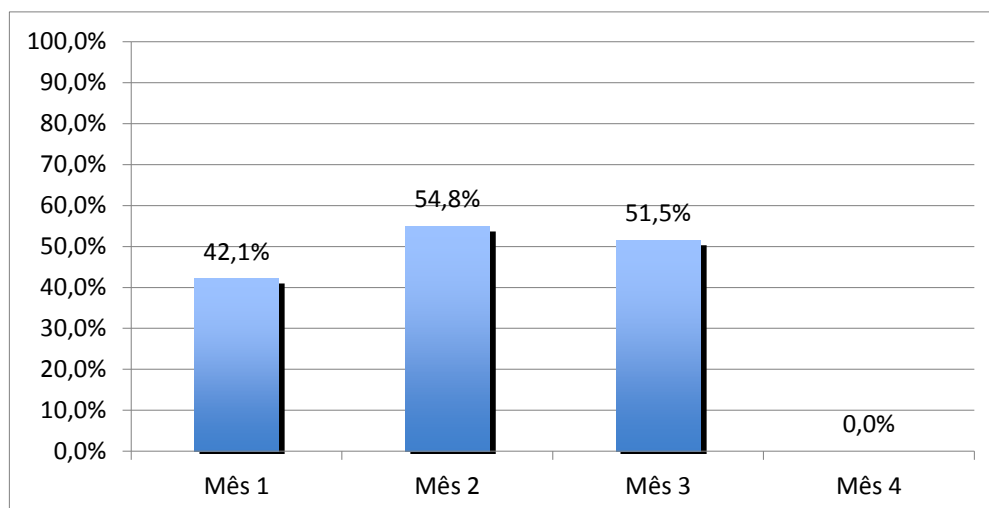


Figura 11: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Infelizmente não alcançamos 100% nessa meta, devido às más condições climáticas no Estado, o que dificultava a ida dos usuários às consultas médicas e de triagem. A equipe de enfermagem era a responsável pelo rastreamento de diabetes nos idosos hipertensos, que o realizavam durante as consultas na unidade básica e nas visitas domiciliares, além de ter ajuda dos ACS, que são os responsáveis por passar informações pertinentes a essa investigação para a equipe de enfermagem.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Antes da intervenção, não existia avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante a intervenção apresentou algumas dificuldades já que na UBS não conta com sala odontológica por falta de estrutura, contudo todos os usuários foram avaliados pela nossa equipe e encaminhados a outras unidades, onde há este atendimento, tendo resultados satisfatórios de 100% nos 3 meses, melhorando este indicador. Foram avaliadas a saúde bucal, no primeiro mês de 27 idosos, no segundo mês de 48 idosos e no terceiro mês de 50 idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Por não contar com odontólogos na unidade básica, não é feito o monitoramento desta ação, já que os mesmos idosos não possuem meios de acesso e nem recursos financeiros suficientes para se locomover à consulta em outra unidade básica, contudo é feita orientação sobre os cuidados com a higiene bucal e a importância de consultar com um odontólogo, então fornecemos encaminhamentos para que o usuário compareça a outra unidade básica, caso precise de tal consulta.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Esta meta não foi possível de ser realizada, porque não houve faltosos. Então, a meta não foi atingida por não ter faltosos. Contudo, mesmo que não houvesse necessidade de realizar busca ativa de faltosos, a equipe estava capacitada e pronta para realizar a busca ativa quando necessário.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Antes da intervenção e devido a desorganização que existia na UBS, os profissionais anteriores não mantinham o registro específico das pessoas idosas, porém, posterior a minha chegada e em conjunto com a enfermeira, realizamos os registros semanalmente, mediante a revisão dos prontuários e fichas espelho e a qualidade dos registros de idosos acompanhados na unidade de saúde. Tendo resultados positivos de 100% nos 3 meses, sendo 27 idosos no primeiro mês, 48 no segundo mês, e 50 idosos com registros adequados no terceiro mês.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Antes da intervenção não havia distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, então depois que começamos o trabalho, foi enviado um ofício ao gestor solicitando este documento. Temos como resultados para a proporção de idosos com a caderneta da pessoa idosa, no primeiro mês, 11 de 27 (40,7%) dos usuários, no segundo mês 32 dos 48 (66,7%) usuários e no terceiro mês 34 dos 50 (68,0%) idosos com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, como é observado na figura 6:

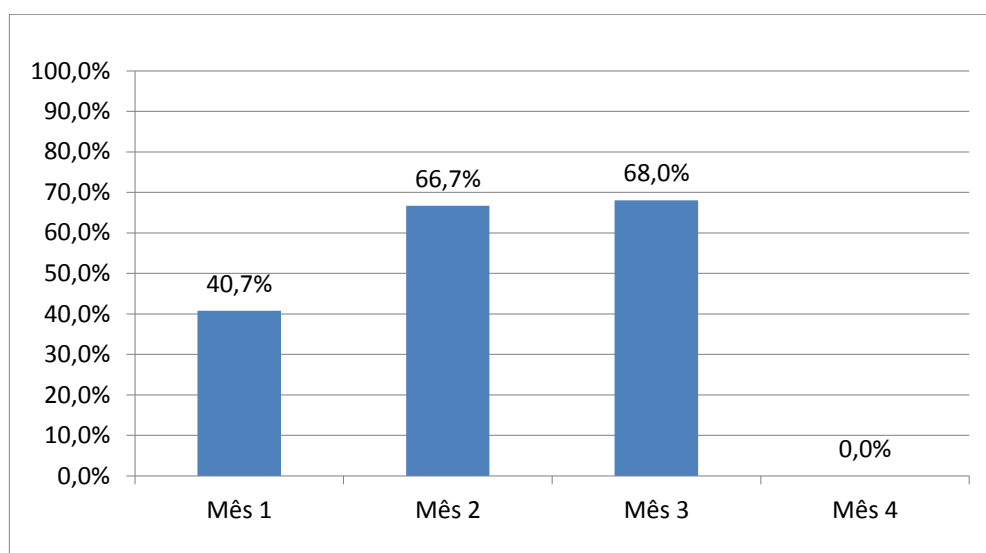


Figura 12: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.

A entrega e os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa dar-se-á pelo Técnico de Enfermagem sempre que o usuário dirigir-se à Unidade Básica de Saúde em busca de qualquer serviço. Neste momento, este profissional verifica se o idoso possui a caderneta e realiza a checagem de todos os agendamentos (incluindo consultas, realização de exames, encaminhamentos, entre outros) e providências, contudo a meta não foi alcançada devido à falta de material para continuar com a distribuição das Cadernetas, cujo problema, tentamos resolver com o gestor através de ofício, sem obter resposta.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Antes da intervenção o rastreio das pessoas idosas para risco de morbimortalidade era de 50 (100%), contudo a proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia foi um dos indicadores que obteve-se em 66,7% no primeiro mês (18 dos 27 idosos), 79,2% no segundo mês (38 dos 48 idosos) e 76,0% no terceiro mês (38 dos 50 idosos), como mostra a figura 7:

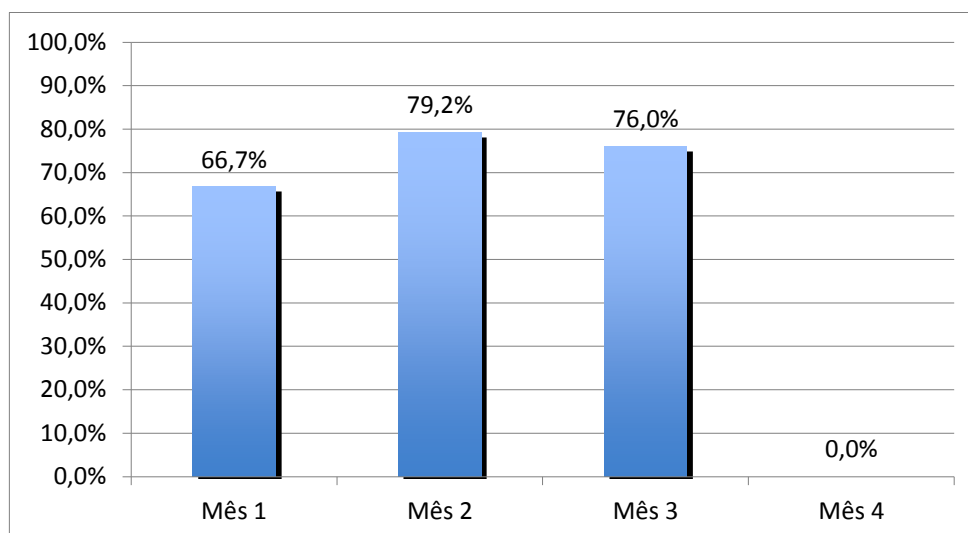


Figura 13: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Embora não tenhamos obtido 100% da meta devido ao clima equatorial do Estado, o indicador teve bons resultados ao longo dos meses, graças à qualidade da capacitação feita no começo da intervenção, utilizando protocolos atualizados, que nos serviu como uma guia para o adequado preenchimento desta ficha, a qual era preenchida em cada consulta e assim, avaliando os riscos para evitar complicações. Além disso, temos o monitoramento em cada semana, verificando seu cumprimento.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Antes da intervenção, apenas 14 (28%) idosos haviam sido investigados. Então, temos como resultados, após a intervenção, no primeiro mês 44,4% (12 dos 27 idosos), no segundo mês 68,8% (33 dos 48 idosos) e no terceiro mês 66% (33 dos 50 idosos acompanhados), como podemos observar na figura 8:

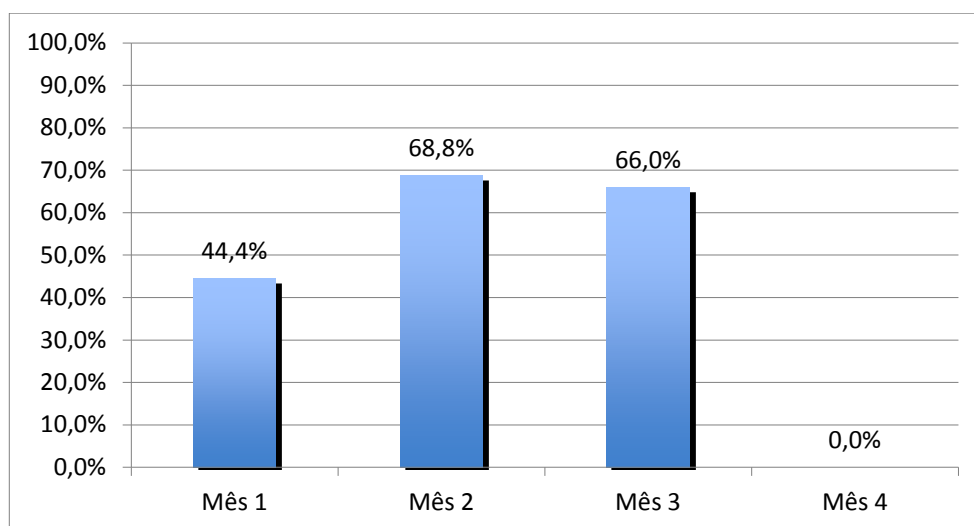


Figura 14: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Essa meta foi realizada pelos ACS, durante as visitas domiciliares, em seguida, a equipe era comunicada para que a enfermeira e eu possamos agendar uma visita especializada. Durante essa visita domiciliar, o profissional observou situações que estejam promovendo a fragilidade da velhice.

Os idosos fragilizados pela velhice foram atendidos de forma prioritária, e para que isso acontecesse, criamos um protocolo de prioridades, onde foi discutido pela enfermeira e pelo médico, repassando as informações à comunidade. Contudo, a meta não chegou a 100% devido ao clima do Estado, impossibilitando as visitas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Antes do nosso projeto de intervenção, nunca haviam sido avaliados a rede social dos idosos.

Observamos que neste indicador tivemos 24 dos 27 idosos cadastrados no programa com rede social avaliada (88,9%) no primeiro mês, 45 dos 48 idosos

(93,8%) no segundo mês e 47 dos 50 idosos cadastrados no programa (94%) com a rede social avaliada no terceiro mês, como observamos na figura 9:

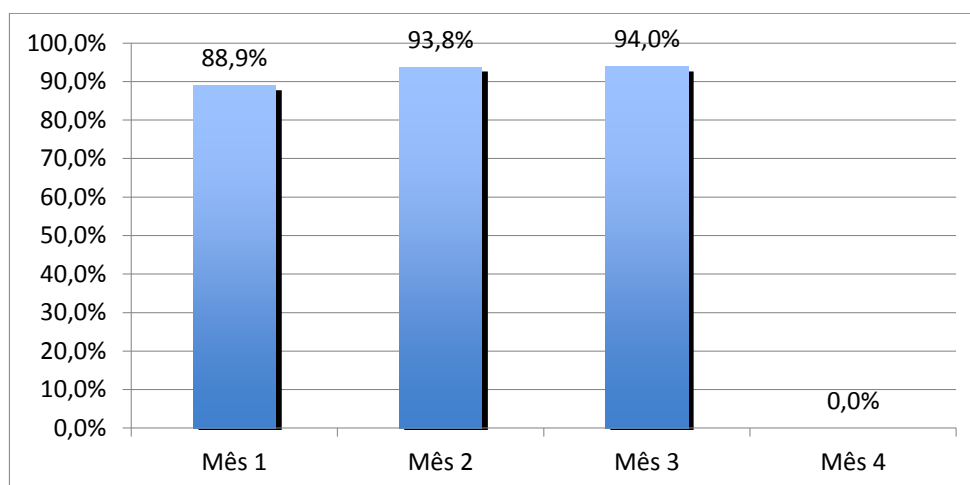


Figura 15: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Esta meta foi principalmente um trabalho realizado pelo técnico de enfermagem em parceria com os ACS. Todos os dados que os ACS colheram durante a visita domiciliar, foram compartilhados com a equipe.

A equipe que trabalha na unidade de saúde atuou em parceria com a comunidade para estimular a socialização da pessoa idosa em atividades. Os profissionais estimularam os idosos a se envolverem em grupos de trabalho nas igrejas e escolas, além disso, foi importante a realização de trabalhos com grupos na comunidade, que incentivaram a participação dos idosos em tais atividades.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Antes da intervenção, os 50 idosos (100%) da área de abrangência, recebiam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

A proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi um indicador que ficou em 100%, no transcurso da intervenção. No primeiro mês receberam as orientações sobre alimentação saudável 27 usuários, no segundo mês 48 usuários e no terceiro mês 50 usuários.

A meta proposta foi alcançada graças à dedicação de toda a equipe, através das orientações dadas em cada consulta, nas ações de saúde, nas visitas domiciliares, nos trabalhos em grupo e conversas com a população, mantendo esta ação durante toda a intervenção.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Antes da intervenção o número de idosos que receberam orientação para a prática regular da atividade física era 100%, o que no transcurso da intervenção este indicador se manteve em sua totalidade, obtendo a proporção de usuários com orientação sobre prática regular de atividade física em 100%. No primeiro mês receberam as orientações 27 usuários, no segundo mês 48 usuários, no terceiro mês 50 usuários com resultados positivos.

Desde o começo da intervenção foram dadas estas orientações sobre prática regular de atividade física nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade, nos trabalhos em grupo e conversas feitas na UBS. Devido a isso os excelentes resultados e o cumprimento desta meta.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Antes da intervenção, os usuários da UBS não recebiam orientação sobre higiene bucal pela falta de profissionais no local, e não procuravam atendimento em outras unidades básicas por causa da distância.

Então, analisando quanto à proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal, vemos que receberam esta orientação 27 usuários no primeiro mês, 48 no segundo e 50 no terceiro mês, totalizando 100% em todos os meses.

Para cumprir este indicador, como em todos os demais, contamos com o trabalho incondicional de toda a equipe, além dos profissionais de saúde bucal das outras equipes, o que favoreceu para garantir que todos os usuários recebessem as

orientações sobre higiene bucal nas consultas, visitas domiciliares e ações feitas na comunidade, obtendo excelentes resultados no total de usuários cadastrados.

4.2 Discussão

Com a união, o esforço e o amor dos profissionais da unidade, realizou-se a intervenção na população de usuários da UBS Ilha Redonda para melhorar a adesão a nosso serviço e melhoria na atenção da saúde das pessoas idosas, melhorando, assim, a qualidade de vida dos usuários. Obteve-se êxito, pois, com certeza, foram promovidas melhorias na prestação dos serviços de saúde da unidade.

Com a intervenção, foi ampliada a cobertura de atenção aos usuários idosos; o monitoramento e a avaliação dos mesmos; além da busca ativa a idosos que não realizaram exames, garantimos referência e contra referência; criou-se um melhor controle no estoque dos medicamentos; avaliamos as necessidades de medicamentos dos idosos da UBS; cadastramos idosos acamados ou com problemas de locomoção fora da área de abrangência, criando atendimento prioritário aos idosos; organizando agenda de saúde bucal em outras unidades básica de saúde, visitas domiciliares duas vezes na semana, agendando os idosos das buscas domiciliares, pactuando com a equipe o registro de informações.

Definimos os responsáveis pelo monitoramento e avaliação; também foi solicitado ao gestor e disponibilizado à comunidade a Caderneta de Saúde do Idoso; avaliamos os riscos de morbimortalidade, fragilização na velhice, rede social; capacitamos a equipe, orientamos sobre a prática esportiva, hábitos saudáveis, não uso de tabaco e álcool; organizamos o tempo médio das consultas para ter orientações individuais; orientamos a comunidade sobre a existência do programa; orientamos sobre riscos de doenças cardiovasculares, neurológicas; orientamos quanto aos direitos que o usuário tem; ouvimos a comunidade sobre estratégias para melhorias no atendimento; além de incentivar a comunidade a participar mais nas decisões da UBS; orientamos as famílias de idosos em como evitar riscos de acidentes, risco de doenças e melhorar os cuidados com o idosos, hábitos de vida saudáveis, atividade física e higiene bucal e orientamos sobre a melhor socialização da pessoa idosa.

Reorganizou-se a agenda para atender a demanda espontânea, além de propiciar melhoria significativa na qualidade dos registros e na qualificação da atenção aos usuários, com destaque para a ampliação do exame clínico e para a classificação de risco. Foram implantadas fichas espelho e planilha de controle de dados, que auxiliam em muito a avaliação e monitoramento do serviço prestado.

A intervenção teve grande importância para a equipe, já que através dela foi melhorada a forma de trabalho. Os profissionais aprenderam a se organizar e trabalhar unidos, como uma equipe deve ser. Com a intervenção, foi necessário que a equipe fosse capacitada segundo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários, promovendo o trabalho integrado dos membros da equipe, onde cada um deles cumpriu uma função determinada. Cada membro da equipe conheceu sua verdadeira função, pois a maior parte do trabalho era antes do médico da equipe. As funções ficaram bem distribuídas entre todos na unidade.

Todos participaram dos trabalhos em grupo, também auxiliaram nas consultas, bem como nas visitas. Participaram ativamente das ações realizadas, do correto acolhimento, principalmente pela técnica de enfermagem, o monitoramento das fichas de cada usuário, a realização adequada e correta da aferição da pressão, a realização de teste rápido de glicose por parte dos técnicos, o correto preenchimento das fichas espelho pelo médico e a enfermeira, a responsabilidade do gestor de providenciar os materiais necessários e a qualidade do atendimento tanto pelo médico como pela equipe.

Todo este trabalho acabou tendo um impacto relevante para o serviço, pois, como disse anteriormente, a equipe se organizou e com isto foram avaliados novamente as atribuições de cada membro da equipe favorecendo a atenção a um maior número de pessoas, houve melhora nos registros, no agendamento dos usuários, tomando o cuidado com a agenda para que pudesse dar atenção à demanda espontânea, e além disso, temos a classificação de risco, que, além de tudo, tornou-se um facilitador para apoiar a priorização do atendimento desses usuários.

Foram aprimorados os serviços da farmácia, graças ao trabalho feito através da avaliação da demanda dos usuários do programa, garantindo os medicamentos para todos. Também houve melhorias nos serviços de odontologia disponibilizados em outras unidades básicas, já que se melhorou a acessibilidade dos usuários ao

serviço através da disponibilidade de um maior número de vagas para atendimento odontológico, garantido a qualidade dos atendimentos, além disso, e o mais importante para mim, foi melhorada as relações com a comunidade, tendo melhor contato e comunicação com eles.

Apesar de ter divulgado o projeto a toda a comunidade através do trabalho dos agentes comunitários e de toda a equipe, além do apoio das lideranças da comunidade, ainda temos dificuldades quanto ao nível de informação dos usuários sobre esta ação programática. Contudo, posso dizer que os usuários cadastrados durante toda a intervenção ficam satisfeitos pela prioridade no atendimento oferecido e a melhora da qualidade de vida deles.

Quanto a viabilidade da incorporação da intervenção à rotina dos nossos serviços, posso dizer que já temos incorporado as ações da mesma ao trabalho no nosso cotidiano, e tenho a certeza que vamos continuar desenvolvendo as atividades da intervenção, mesmo com a finalização do curso, porque temos percebido que os resultados obtidos são ótimos. Através da intervenção, conseguimos nos organizar no trabalho e melhorar muito os nossos indicadores de qualidade, assim como a satisfação dos nossos usuários e da sua qualidade de vida.

Para garantir a continuidade das ações da intervenção na rotina do nosso trabalho, vamos continuar nos esforçando com dedicação e empenho no trabalho que fazemos, realizando mudanças na nossa agenda de trabalho que nos permita aproveitar o horário de trabalho para o desenvolvimento das ações da intervenção nesta e em outras ações programáticas.

A partir dos próximos meses pretendemos nos focar no aumento das metas não alcançadas, tais como: realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos; priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos; rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM); distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados; rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade; investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas; avaliar a rede social de 100% dos idosos. Vamos reajustar e fazer mudanças na nossa agenda de trabalho para continuar

desenvolvendo as ações da intervenção e estendê-las para a atenção ao pré-natal e puerpério, e aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

5 Relatório da intervenção para gestores

*"Envelhecimento no Século XXI: O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento. O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhorias na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico. Mas, a população em envelhecimento também apresenta desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global. Pode e deve ser planejado para transformar os **desafios em oportunidades**."*

Durante três meses, entre junho e agosto de 2015, foi realizada uma intervenção visando melhorar a saúde dos idosos na área pertencente à Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda, na Comunidade Ilha Redonda, Zona Rural de Macapá, Estado Amapá.

A unidade conta com um total da população da área adstrita de 1.100 habitantes, deles 50 idosos, segundo registros das ACS. Ao iniciar a intervenção, o total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS era de 50 idosos, o que representava 100% dos idosos moradores da área adstrita à unidade, mas alguns dos indicadores de qualidade eram desfavoráveis para estes usuários. Mantivemos, neste período da intervenção, a cobertura em 100%, sendo no primeiro mês foram cadastrados 27 (54%) idosos, no segundo mês 48 (96%) idosos, no terceiro mês 50 (100%) idosos. A seguir se mostra a evolução deste indicador na Figura 1.

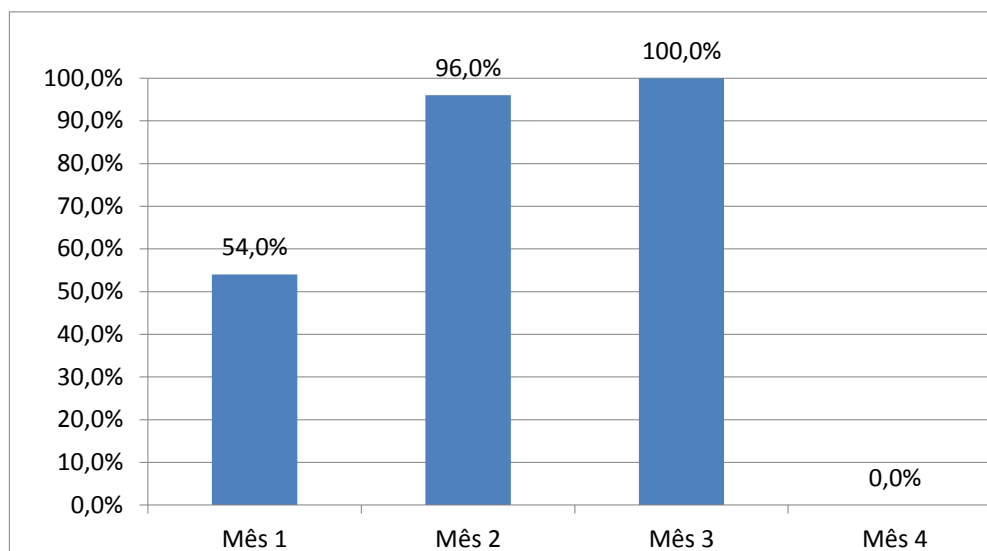


Figura 16. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.

Graças à união da equipe, vontade, amor e dedicação, conseguimos desenvolver todas as ações propostas com qualidade e obter excelentes resultados com a população, pois na unidade nunca haviam sido desenvolvidos uma intervenção desta dimensão.

Todas as ações foram desenvolvidas no transcurso da intervenção. Primeiramente, foi realizada a capacitação de todos os profissionais da equipe. Foi estabelecido o papel para cada profissional na ação programática. Também foi promovido o cadastramento dos usuários, ação que só foi possível graças ao trabalho dos ACS (agente comunitário de saúde), os quais foram a pedra fundamental neste projeto, e ainda eram os responsáveis pela busca ativa de usuários faltosos, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares. Houve a melhora na qualidade dos atendimentos clínicos, onde foram feitas as avaliações dos fatores de risco para cada usuário, o adequado exame físico, a prescrição dos exames complementares correspondentes, e a possibilidade de obter os medicamentos na farmácia da unidade.

Em relação a proporção dos idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, ao final da intervenção, tivemos 20 dos 33 (60,5%) de hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo. A seguir a avaliação deste indicador é mostrada na figura 2.

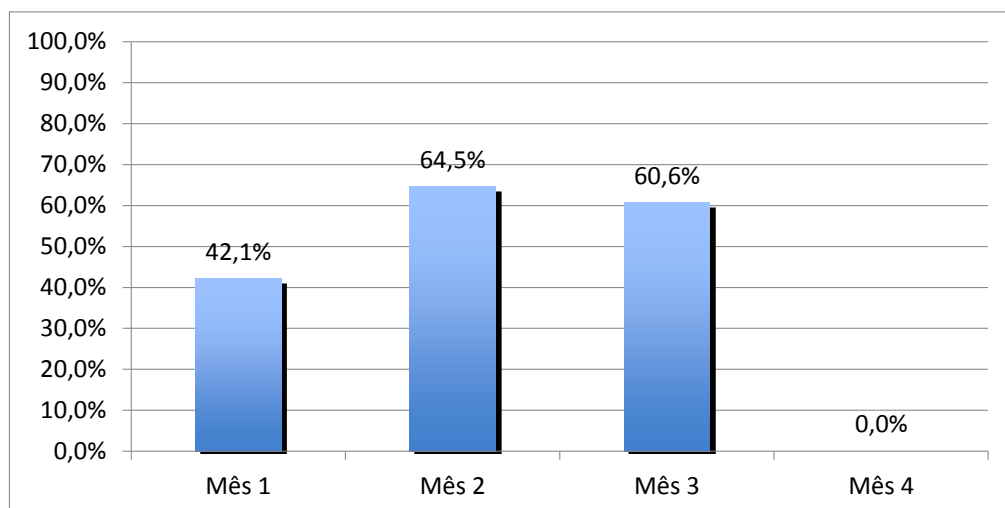


Figura 17. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na Unidade de Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.

Tivemos algumas dificuldades já que não contamos com o laboratório para a realização de exames e a minha comunidade não conta com um nível econômico alto, o que dificultou realizar os exames nos laboratórios privados, mas graças à ajuda do gestor e a equipe, tomamos como estratégia encaminhar para as unidades de saúde que tem laboratório e que ficam perto para que os usuários pudessem realizar os exames, o que melhorou este indicador.

A intervenção propiciou a prescrição de medicamentos da farmácia popular no programa a 48% (24 dos 50) dos idosos acompanhados. Antes da intervenção o número de idosos era o mesmo, contudo a desorganização e a falta de medicamentos faziam com que a comunidade não comparecesse nas consultas, então, não tinha como priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

No início apresentamos certa dificuldade, já que a farmácia tinha medicamentos, só que não supriam a demanda dos usuários, mas se conseguiu melhorar o indicador depois que fizemos uma reunião em conjunto com a equipe, na qual se realizou um estudo do consumo de medicamentos segundo as necessidades dos usuários e assim garantimos esta demanda, o que deu certo. Além disso, contamos com o apoio das farmácias que tem convênios com o Governo Federal para providenciar os medicamentos do programa HIPERDIA gratuitamente, no caso de falta na UBS.

Antes da intervenção e pela desorganização que existia na UBS, apenas contávamos com 40 idosos rastreados para hipertensão arterial sistêmica,

representando (60%) dos idosos da área de abrangência. O rastreamento para hipertensão foi realizado pela enfermeira, que utilizou os recursos cadastrais de cada usuário, fornecido pelos ACS, para rastrear semanalmente os idosos com HAS. Obtivemos como resultado 48 dos 50 (96%) idosos acompanhados na unidade rastreados para HAS.

Antes da intervenção, a UBS não contava com esfigmomanômetro, o que impossibilitava o rastreio dos idosos. O médico doou à unidade um esfigmomanômetro, possibilitando, assim, a realização da ação.

Também rastreamos os idosos com hipertensão arterial para diabetes, realizando o rastreamento para 17 dos 33 idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial (51,5%).

Antes da intervenção não havia distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, então depois que começamos o trabalho, foi enviado um ofício ao gestor solicitando-a. Temos como resultados para a proporção de idosos com a caderneta da pessoa idosa, no primeiro mês 11 de 27 (40,7%) dos usuários, no segundo mês 32 dos 48 (66,7%) usuários e no terceiro mês 34 dos 50 (68,0%) idosos com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, como é observado na figura 6:

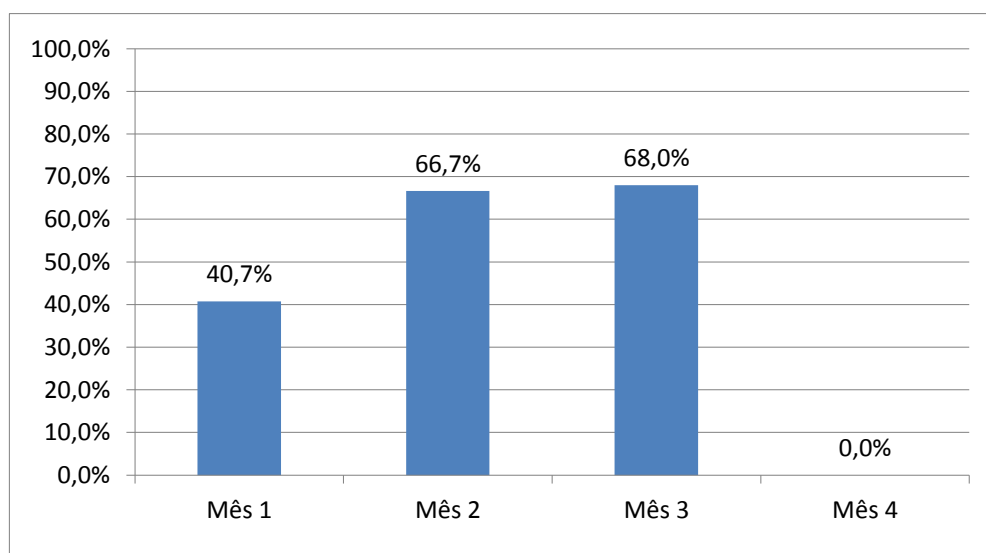


Figura 18. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda. Macapá-AP.

A entrega e os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foram realizados pelos Técnicos de Enfermagem, sempre que o idoso comparecia à

Unidade Básica de Saúde em busca de qualquer serviço. Neste momento, era verificado se o idoso possuía a caderneta e iniciava a checagem de todos os agendamentos (incluindo consultas, realização de exames, encaminhamentos, entre outros) e providências, contudo a meta não foi alcançada devido à falta de material para continuar com a distribuição das Cadernetas, cujo problema, tentamos resolver com o gestor através de ofício, mas ainda não havia sido solucionado.

Outras ações que realizamos foram o rastreamento das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, em que 76% dos idosos foram rastreados (38 dos 50 idosos). Também foram avaliados para fragilização na velhice 66% dos idosos (33 de 50). Os idosos fragilizados pela velhice foram atendidos de forma prioritária, e para que isso acontecesse, criamos um protocolo de prioridades, onde foi discutido pela enfermeira e pelo médico, repassando as informações à comunidade. Contudo, a meta não chegou a 100% devido ao clima do Estado, impossibilitando as visitas.

Obtivemos bons resultados graças à qualidade da capacitação feita no começo da intervenção, utilizando protocolos atualizados do Ministério da Saúde, que nos serviu como uma guia para o adequado atendimento dos idosos. Implantamos a ficha espelho como forma de melhoria dos registros, a qual era sempre bem preenchida e atualizada.

Antes do nosso projeto de intervenção, nunca havia sido avaliada a rede social dos idosos, mas com a intervenção esta foi uma das ações. Foi avaliada a rede social de 47 dos 50 idosos cadastrados no programa (94%).

A equipe que trabalha na unidade de saúde atuou em parceria com a comunidade para estimular a socialização da pessoa idosa em atividades. Os profissionais estimularam os idosos a se envolverem em grupos de trabalho nas igrejas e escolas, além disso, foi importante a realização de trabalhos com grupos na comunidade, que incentivaram a participação dos idosos em tais atividades.

Realizaram-se ações de saúde, em que a população foi orientada sobre como manter uma alimentação saudável, o uso correto de medicamentos, a prática de exercícios físicos, o risco do tabagismo para a saúde e a importância da higiene bucal, ficando a população agradecida com um sorriso em seus lábios, mostrando o resultado de tão dedicado trabalho realizado. Através destas ações conseguimos interagir e ter melhor contato com os usuários de nossa área de abrangência.

Todo este trabalho acabou tendo um impacto relevante, com melhora na qualidade de suas vidas. E o mais importante, organizou-se o trabalho em equipe, o que trouxe união de todos os profissionais da unidade e com isto a qualidade nos atendimentos a estes usuários, além disso, ficou mais próximo o contato entre as relações com a comunidade e os profissionais da saúde.

Posso dizer-lhe que já temos incorporadas as ações da intervenção à rotina dos nossos serviços, e tenho a certeza que vamos continuar desenvolvendo as atividades da intervenção mesmo com a finalização do curso, porque temos percebido que os resultados obtidos são ótimos, assim como a satisfação dos nossos usuários e da sua qualidade de vida.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante três meses, entre Junho e Agosto de 2015, o médico em conjunto com a equipe de saúde fizeram ações para melhorar a saúde dos idosos na área pertencente à Unidade Básica de Saúde Ilha Redonda na Comunidade Ilha Redonda, Zona Rural de Macapá, Estado Amapá.

A comunidade conta com um total de 1.100 habitantes. Antes de dar início ao nosso projeto, contávamos com 50 idosos na área e ainda continuamos com o mesmo número de idosos depois de fazer o novo cadastramento.

Para a realização deste trabalho contamos primeiramente com o apoio, a união e o amor da equipe de saúde e de todos os profissionais da unidade. Todos os profissionais da unidade tiveram novos aprendizados para melhorarem a forma de atendimento da população. Os agentes comunitários de saúde fizeram o cadastro da população, principalmente dos idosos.

Foi feito toda semana o acompanhamento de todo o trabalho para ver se estava sendo feito de forma correta, e para saber onde precisava melhorar ainda mais. Também se fizeram visitas domiciliares, onde a família recebia orientação sobre estas doenças e sua prevenção, igualmente aconteceu em cada ação de saúde realizada onde os idosos eram orientados sobre alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, os riscos de fumar e do uso de bebida alcoólica e a importância de cuidar da limpeza dos dentes, gengivas e da prótese.

Os idosos foram examinados nas consultas e nas visitas domiciliares, com qualidade, com a avaliação de risco de cada um de ficar doente, assim como a indicação dos exames e medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes).

Durante os três meses que durou este trabalho, tivemos bons resultados, e melhora da saúde dos idosos.

Ainda temos trabalho a fazer, e continuaremos com as ações que fizemos, porque percebemos que os resultados que conseguimos foram muito bons, e a população que foi atendida ficou muito satisfeita com a melhora na sua qualidade de vida.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

As minhas expectativas no início da especialização foram enriquecer os meus conhecimentos médicos e aprimorar o meu trabalho na estratégia em saúde da família, desenvolvendo a capacidade de interagir com a comunidade e melhorar a qualidade de vida da população.

Posso dizer que o curso superou as minhas expectativas, porque além de cumprir com as mesmas, consegui conhecer e interagir com especializandos e orientadores através dos fóruns e outros espaços virtuais da plataforma, onde compartilhamos experiências e conhecimentos, os quais nos ajudou para o desenvolvimento deste trabalho.

O começo do curso foi difícil, pois eu nunca tinha feito um curso a distância, mas com a organização e com o perfeito apoio pedagógico da Universidade Federal de Pelotas, tudo deu certo.

O curso foi de vital importância para minha prática profissional, pois através da realização dos casos interativos, os estudos da prática clínica e os testes de qualificação cognitiva consegui me manter atualizado sobre os protocolos de atendimento aqui no Brasil, o que me ajudou no desempenho do meu trabalho com qualidade.

Gostaria de ressaltar que o aprendizado mais importante para mim, foi a realização de um projeto científico regido pelas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), o qual foi totalmente novo para mim, acredito que foi uma experiência única e enriquecedora para minha vida como profissional da saúde. Outros dos aprendizados, foram os conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios de integralidade, equidade e universalidade se evidenciando no nosso dia a dia.

Fico imensamente grato pela compreensão e o apoio de todos, principalmente do meu orientador Marcos Fábio Turra. Foi um excelente método de aprendizagem, em que com os conhecimentos e experiências obtidas neste curso, continuarei garantindo a atenção à saúde da nossa população com mais qualidade ainda.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

BRASIL. Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante